DĂRUIT
de
CONSTANTIN C. ANGELESCU

Anul VI, No. 1 Ianuarie 1910. Volumul I.

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Docent Dr. C. PARHON

Revista anuală de neurologie

PARTEA II-a

Patologie şi Terapeutică

In această a doua parte a revistei ne vom ocupa cu lucrările de patologie şi terapeutică.

Pentru a sistematiza puţin materialul vom descrie mai întâi lucrările relative la boalele sistemului nervos în raport cu alteraţiuni organice manifeste ale sistemului nervos, începând cu cele cerebrale şi sfârşind cu acele ale nervilor periferici. Vom consacra un paragraf a parte turburărilor distrofice şi manifestaţiunilor nevropatice în raport cu alteraţiuni ale mediului intern prin leziunile glandelor cu secreţiune internă sau prin alt mecanism, vom enumera câte-va lucrări relative la turburări nervoase de natură „terapeutică“. Vom consacra în fine câte-va cuvinte relative la paragraful nevrozelor.

In urmă vom cita lucrările făcute în diferite domenii ale terapeuticei boalelor nervoase.

Natural am citat şi în această a II-a parte a revistei, numa lucrările ce mi s'au părut a prezenta mai mult interes fără a voi să zic prin aceasta că unele lucrări ce ar fi meritat atenţiunea n'au putut să-mi scape din vedere. Am lăsat la o parte unele din cele analizate deja în revistă în cursul anului.

Lucrări relative la sindromele în raport cu alteraţiuni organice ale sistemului nervos.

Chestiunea afaziei a făcut obiectul unei remarcabile discuţii la Societatea de Neurologie din Paris (1) discuţie pornită de la lucrările revoluţionare ale lui Pierre Marie. Nu voi intra aci în analiza diferitelor opiniuni exprimate cu această ocaziune căci le-am analizat pe larg în No. 3—4 din anul precedent. (Pag. 315—325). Voi spune numai că localizările centrilor vorbirei cari păreau fapte stabilite, nu mai pot fi considerate azi de cât ca simple ipoteze şi tot ast-fel trebue privită existenţa însăşi a unor centri de sine stătători pentru imaginele verbale.

Souques (2) atrage atenţiunea asupra unor cazuri de tumori cerebrale prezentându-se sub forma de emiplegie simplă fără fenomenele obişnuite ale tumorilor intracraniene.

Noica (3) studiează chestiunea contracturei la emiplegici. Reluând teoria lui Hitzig admite că contractura rezultă din pierderea parţială a motilităţei voluntare combinată cu prezenţa mişcărilor asociate.

Armand Delille, (4) şi Giry ca şi Peritz (5) se ocupă cu studiul paraliziei pseudo-bulbare infantile. Ultimul descrie 2 forme, una spastică şi alta paralitică.

Beyer (6) a observat 3 surori atinse de coreea cronică a lui Huntington. In câte şi 3 cazurile debutul boalei a fost către 40 de ani.

Noica (7) publică un caz de boala lui Friedreich cu turburări de sensibilitate. Ca şi alţi autori găseşte că ast-fel de turburări se pot întâlni şi în cursul sclerozei în plăci.

Stephenson (8) observă cinci cazuri de tabes juvenil.

Marbury (9) găseşte că acesta atinge mai mult sexul femenin de cât pe cel masculin, că atrofia optică e mai frecuentă iar ataxia mai puţin însemnată în această formă de tabes care evoluează în general pe un teren de sifilis ereditar.

Bourneville, Kindberg şi Richet (10) raportează un caz de tabo-paralizie juvenilă la o fată de 15 ani, al cărui tată contractase sifilisul cu 2 ani înainte de naşterea acesteia şi a sucombat el însuşi mai târziu cu tabo-paralizie. Muma bolnavei e şi iea atinsă de tabes. Bolnava ce face obiectul acestei observaţii a sucombat într'o criză convulsivă. S'au găsit alteraţiunile caracteristice ale cordoanelor posterioare precum şi participarea meningelor cerebro-spinale.

Schütze (11) studiează reacţia lui Wassermann în 100 de cazuri de tabes găsind'o pozitivă fie în ser, fie în lichidul cefalo-rachidian în 69 cazuri. Raporturile strânse dintre tabes şi meningo-encefalita cronică interstiţială ne permit a cita tot aci lucrarea lui Morgenroth şi Stertz (12) cari au studiat reacţia lui Wasserman în 28 cazuri dintre cari 8 de paralizie generală. In toate aceste 8, reacţia cu lichidul cefalo-rachidian a fost pozitivă pe când pe larg în No. 3—4 din anul precedent. (Pag. 315—325). Voi spune numai că localizările centrilor vorbirei cari păreau fapte stabilite, nu mai pot fi considerate azi de cât ca simple ipoteze şi tot ast-fel trebue privită existenţa însăşi a unor centri de sine stătători pentru imaginele verbale.

Souques (2) atrage atenţiunea asupra unor cazuri de tumori cerebrale prezentându-se sub forma de emiplegie simplă fără fenomenele obişnuite ale tumorilor intracraniene.

Noica (3) studiează chestiunea contracturei la emiplegici. Reluând teoria lui Hitzig admite că contractura rezultă din pierderea parţială a motilităţei voluntare combinată cu prezenţa mişcărilor asociate.

Armand Delille, (4) şi Giry ca şi Peritz (5) se ocupă cu studiul paraliziei pseudo-bulbare infantile. Ultimul descrie 2 forme, una spastică şi alta paralitică.

Beyer (6) a observat 3 surori atinse de coreea cronică a lui Huntington. In câte şi 3 cazurile debutul boalei a fost către 40 de ani.

Noica (7) publică un caz de boala lui Friedreich cu turburări de sensibilitate. Ca şi alţi autori găseşte că ast-fel de turburări se pot intâlni şi în cursul sclerozei în plăci.

Stephenson (8) observă cinci cazuri de tabes juvenil.

Marbury (9) găseşte că acesta atinge mai mult sexul femenin de cât pe cel masculin, că atrofia optică e mai frecuentă iar ataxia mai puţin însemnată în această formă de tabes care evoluează în general pe un teren de sifilis ereditar.

Bourneville, Kindberg şi Richet (10) raportează un caz de tabo-paralizie juvenilă la o fată de 15 ani, al cărui tată contractase sifilisul cu 2 ani înainte de naşterea acesteia şi a sucombat el însuşi mai târziu cu tabo-paralizie. Muma bolnavei e şi iea atinsă de tabes. Bolnava ce face obiectul acestei observaţii a sucombat într'o criză convulsivă. S'au găsit alteraţiunile caracteristice ale cordoanelor posterioare precum şi participarea meningelor cerebro-spinale.

Schütze (11) studiează reacţia lui Wassermann în 100 de cazuri de tabes găsind'o pozitivă fie în ser, fie în lichidul cefalo-rachidian în 69 cazuri. Raporturile strânse dintre tabes şi meningo-encefalita cronică interstiţială ne permit a cita tot aci lucrarea lui Morgenroth şi Stertz (12) cari au studiat reacţia lui Wasserman în 28 cazuri dintre cari 8 de paralizie generală. In toate aceste 8, reacţia cu lichidul cefalo-rachidian a fost pozitivă pe când toate cele-lalte cazuri exceptând unul de sifilis secundar, au dat rezultate negative. In cinci cazuri de sifilis cerebro-spinal reacţia (cu lichidul cefalo-rachidian) a fost de asemenea negativă.

D-l Profesor Obregia (13) împreună cu Bruckner studiază reacţiunea lui Wasserman în 4 cazuri de paralizie generală staţionară. Cel mai vechi dintre aceste cazuri data de 17 ani iar cel recent de peste 8 ani.

Deja într'o lucrare anterioară d-l Prof. Obregia împreună cu Antoniu au putut constata că citodiagnosticul, pozitiv la început, tinde cu timpul în aceste cazuri a deveni negativ.

Din punctul de vedere al reacţiunei lui Wassermann, lichidul cefalo-rachidian extras fie prin puncţiunea lombară, fie prin cea mediocervicală, s'a arătat complect negativ. Tot aşa şi serul sângelui în 3 din aceste cazuri.

Numai în ultimul, cel mai recent, serul a prezentat o slabă reacţie pozitivă.

D-l Prof. Obregia (14) a avut ideia de a practica puncţiunea cervicală sub sau deasupra celei de a 7-a vertebră dar de preferinţă între a 3-a şi a 4-a vertebră cervicală (puncţiunea medio-cervicală) în cazuri de leziuni encefalice în cari rezultatul dat de puncţiunea lombară e negativ sau îndoelnic. (Pentru amănuntele technicei a se vedea originalul). Vom spune aci numai că această intervenţie se face pe bolnavul culcat pe latura dreaptă a corpului şi cu capul mult flexat.

Autorul conchide ast-fel: Intr'un număr de cazuri destul de însemnat, lichidul extras prin rachipuncţiunea cervicală, nu e identic din punct de vedere citologic cu cel extras prin puncţiunea lombară.

In câte-va cazuri de paralizie generală şi de emoragie meningocorticală, lichidul cervical a dat un rezultat pozitiv, pe când lichidul lombar extras în aceeaşi şedinţă, n'a dat de cât un rezultat negativ sau îndoelnic.

Intr'un caz al lui Ratner (15) prima manifestare a tabesului a fost abolirea bilaterală a reflexului cremasterian.

Panegrossi (16) descrie din punct de vedere anatomoclinic un caz de tabes datând de 12 ani, cu dureri lancinante intense, dar fără ataxie însemnată. Bolnavul suferise infecţiunea sifilitică cu 7 ani înainte de începul boalei medulare. Sifilisul n'a fost tratat. Leziunile găsite au fost acelea ale tabesului şi alteraţiuni leptomeningitice.

Crounzon şi Vilaret (17) descriu un caz de meningomielită probabil sifilitică cu evoluţia clinică a unei paralizii ascendente acute.

Durata totală a fost de 8 zile. Tratamentul mercurial a rămas fără rezultat.

Ballet şi Barbe (18) au publicat observaţiunea unei femei, atinsă de paraplegie flască absolută cu conservarea reflexelor şi determinată de actinomicoza coloanei vertebrale.

Holt şi Barllett (19), Starr (20) Berg (21) au studiat epidemia de poliomielită din New-York din anul 1907; boala a atins nu numai copii ci şi adulţii. Mortalitatea a fost de 6—7°/₀. In unele cazuri s'au notat şi paralizii vezicale sau din partea nervilor cranieni. S'a notat une-ori o restabilire complectă. Cercetările bacteriologice n'au dat rezultate sigure.

Numărul total al cazurilor a fost de peste 2000.

Hunt (22) consacră o lucrare paraliziei faciale cu turburări acustice şi zona. Autorul atribue această erupţiune, când e localizată la nivelul feţei, leziunei ganglionului geniculat.

Lowinsky (23) publică un caz de paralizie facială în cursul sifilisului secundar şi cedând tratamentului specific.

Int'o comunicare prezentată la Societatea de Biologie, d-l prof. Obregia (24) studiază un nou reflex patologic ce se petrece în domeniul facialului inferior în cazuri de paralizie facială periferică sau centrală. Autorul îl numeşte reflexul conjunctivo-mentonier indicând prin prima parte a numelui punctul de plecare, iar prin ultima sediul contracţiunilor musculare. Pentru a-l pune în evidenţă autorul închide sau deschide alternativ pleoapele ca pentru cercetarea reflexului la lumină. Se observă atunci o contracţiune fasciculară homolaterală în muşchii mentonieri sau în triangularul sau orbicularul buzelor. Une-ori o simplă atingere a genelor e suficientă pentru deslănţuirea reflexului.

Autorul atrage atenţiunea asupra faptului că nu e vorba de o mişcare asociată, acest fel de mişcări apărând numai în timpul executărei mişcărilor voluntare.

Numărul cazurilor în cari l-a observat până în prezent e de 21. Lipseşte în paralizia facială recentă, dar poate fi prezent în a 2-a săptămână. Poate însă persista multă vreme fiind prezent într'un caz de paralizie facială ce data de aproape 20 de ani, iar într'un caz ce data de peste 12 ani era singurul indiciu al vechei paralizii.

In afară de paralizia facială periferică, d-l prof. Obregia, a notat acest fenomen în 2 cazuri de paralizie generală cu ictusuri, în 2 cazuri de emiplegie infantilă şi în altele 2 de emiplegie la adult.

Turburări în raport cu alterațiunile mediului intern și a troficității generale prin leziunile glandelor endocrine sau prin alte cauze mai puțin cunoscute.

Vom menționa aci lucrările relative la mixedem și sindromul lui **Basedow**, de asemenea cele relative la acromegalie, diabet, adipozitate. Tot aci vom cita lucrările referitoare la tetanie. De asemenea cele relative la miastenie și la sindromul lui **Parkinson**, ce par a avea raporturi cu alterațiunile endocrine. In fine vom trece în revistă câte-va lucrări asupra epilepsiei, sindrom ce, în multe cazuri cel puțin, pare a recunoaște drept cauză o turburare toxică a cărei natură și mod de producere ne e încă prea puțin cunoscută.

Benjamin și **Reuss** (25) studiează schimburile nutritive într'un caz de mixedem, găsind o însemnată tendință la retențiunea fosforului și azotului.

Bence și **Engel** (26) găsesc în 5 cazuri de mixedem o limfocitoză relativă și ipereosinofilie. Limfocitoza ar fi în raport cu o metaplazie limfoidă a măduvei osoase.

Marbe (27) studiază sângele mixedematoșilor găsind că atât fagocitoza cât și puterea opsonică a serului sunt diminuate la acești bolnavi.

Delmas și **Roger** (28) au observat aparițiunea unui viteligo simetric la o femeie gravidă cu simptome ipotiroidiene și cred a putea stabili un raport între turburarea cutanată și cea tiroidiană.

Vetlesen (29) consacră o lucrare sindromului lui **Basedow** pe baza a 43 cazuri personale. Autorul insistă asupra frecuenței migrenei pe care a găsit-o de 8 ori pe cele 43 cazuri; 3 din cei 8 prezintă în plus alte rude migrenoase, fapt ce se mai întâlnește la cinci din basedowienii ne migrenoși. De 6 ori migrena exista în ascendența directă a basedowienilor.

Un alt simptom interesant notat în 2 cazuri au fost crizele gastrice.

Ca tratament autorul a avut bune rezultate cu fosfatul de sodiu și tabletele de timus. De 2 ori a întrebuințat razele Röntgen obținând într'unul rezultate bune; 2 bolnavi au fost operați și intervenția a fost eficace într'unul din aceste 2 cazuri.

Krauss și **Friedenthal** (30) studiind efectele tratamentului tiroidian și ale adrenalinei, conchid că sindromul lui **Basedow**, nu trebue considerat numai în raport cu corpul tiroid ci trebue să se admită şi o intervenţie a capsulelor suprarenale în virtutea corelaţiunilor dintre aceste organe.

Wilson (31) studiază alteraţiunile glandei tiroide în sindromul lui Basedow găsind: în cazurile acute o iperemie şi o iperplazie celulară; în cazurile cu mers mai încet, studiate la început, sau în cazurile grave, studiate mai târziu, găseşte o mărire a parenhimului şi adeseori semne de exagerare a secreţiunei. De cele mai multe ori creşterea parenhimului e proporţională cu intensitatea simptomelor. In cazurile în cari simptomele clinice sunt în regresiune se găseşte o diminuare a funcţiunei glandulare, celulele foliculilor sunt turtite, rezorbţia coloidului e diminuată.

Din cercetările lui Caro (32) rezultă că în sindromul lui Basedow există o modificare a formulei leucocitare, constând în mărirea numărului mononuclearelor în detrimentul polinuclearelor.

Raportul între limfocite şi mononuclearele mari e variabil.

Creşterea numărului mononuclearelor a fost observată de autor şi în afară de sindromul lui Basedow la indivizi trataţi cu tablete de corp tiroid.

La aceiaşi concluzie ajunge Kocher (33) precum şi Gordon şi Jagic (34). După aceşti din urmă autori am avea în mononucleoză un simptom ce ar putea servi la diagnostic în cazurile dubioase.

Schkarin (35) observă un caz de sindromul lui Basedow la o copilă de 4 ani şi jumătate. Antitiroidina a dat o ameliorare foarte însemnată.

Hyde (36) studiază 4 cazuri de sindromul din Basedow coexistând cu telangiectazii. Menţionează un caz asemănător al lui Létienne şi crede că fenomenul acesta nu e întâmplător, ci în raport cu turburările vazomotorii ale acestui sindrom.

Von Jaksch şi Rotky (37) publică observaţia unei basedowiene care după cât-va timp de la ligatura arterelor tiroidiene, începe a prezenta dureri şi ingroşări osoase. In urmă se desvoltă o cifoscolioză, oasele antebraţului se încovoiară. Se desvoltă, în fine, o paraplegie. Unele oase se separă în vecinătatea epifiselor iar la locul de separare se desvoltă un calus mai mult fibros. Autorii admit un proces vecin cu osteomalacia.

Reamintim asemenea documentatul raport al lui Laignel Lavastine (38) relativ la turburările psihice prin perturbaţiuni glandulare pe care 'l am analizat într'un număr precedent şi lucrările lui **Levy** şi **Rothschild** (39) relativ la relaţiunile nervosismului cu iper sau ipotiroidismul, etc.

Messedaglia (40) consacră o voluminoasă monografie acromegaliei pe baza a numeroase observaţiuni. Din nenorocire autorul nu aduce lumini noi relativ la patogenia boalei.

Franchini şi **Giglio** (41) publică 3 cazuri de acromegalie din cari două la tată şi fică. Autorii au studiat schimburile nutritive în cazurile lor, găsind o eliminare exagerată a azotului şi retenţia calcelui. In patogenia acromegaliei glanda tiroidă şi ipofisa trebue să aibe un rol. Dar punctul de plecare al boalei ar fi într'altă parte, poate într'o auto-intoxicaţiune de origină gastro-intestinală.

Oberndoerfer (42) studiază schimburile nutritive într'un caz de acromegalie, dar nu găseşte modificări importante.

Harbitz (43) observă 6 cazuri de tumori ale ipofizei, dintre cari unul singur cu acromegalie. Autorul consideră acromegalia ca o turburare constituţională în raport cu o alteraţiunele pluriglandulară.

Roubinowitch (44) relatează observaţiunea unui caz de acromegalie prezentând în acelaş timp psihoza maniacodepresivă.

Borchard (45) injectând la animale extract ipofisar, a obţinut în unele cazuri glicosuria. Insistă asupra frecuenţei diabetului în acromegalie şi admite că e cauzat de iperfuncţiunea ipofisei.

Haushalter şi **Lucien** (46) au observat un caz de poliurie simplă cu polidipsie la o bolnavă atinsă de un tubercul al ipofisei. Autorii înclină să vadă o relaţiune între leziune şi simptomele clinice, apropiând cazul lor de cele deja publicate şi mai mult sau mai puţin analoge.

Wagemann (47) raportează un caz de distrofie adipozogenitală cu tumoră a ipofizei. Bolnavul prezintă în acelaşi timp o dublă keratită sifilitică.

Adler şi **Thaler** (48) studiază cliniceşte şi experimental tetania gravidică, arătând că insuficienţa paratiroidiană relativă e capabilă să o provoace.

Janase (49) studiază glandele paratiroide la copii, găsind în cazurile de iperexcitabilite galvanică, emoragii frecuente în aceste glande, alteraţiune ce nu există când iperexcitabilitatea e absentă. Alteraţiunile paratiroidelor au deci un rol eficient în producerea acestei iperexcitabilităţi.

Rudinger (50) observă 2 cazuri de coree în cari existau în plus semnele lui **Chwostek**, al lui **Trousseau** şi al lui **Erb**. Admite o asociaţie cu tetania.

Rennie (51) descrie un caz de miastenie asociat cu sindromul lui Basedow şi prezentând glicosurie intermitentă. Aminteşte că Loeser, Mayerstein, Brissaud şi Bauer au observat asociaţiunea celor 2 sindrome şi că simptome izolate din cel de al 2-lea ca exoftalmie, tahicardie, sunt încă mai des asociate cu miastenia.

Intr'unul din cazurile lui Seifert (52) găsim asociaţiunea cu isteria.

In cazul lui Chwostek (53) găsim coexistenţa miasteniei cu mixedemul, ambele retrocedând sub influenţa medicaţiunei tiroidiene. Autorul e părtaşul teoriei paratiroidiane a miasteniei.

Menţionăm de asemenea cele 2 cazuri, la 2 surori, ale d-lui prof. Marinescu (54) şi teza elevului său Michăilescu (55) amintind că autorii au reuşit a produce reacţiunea miastenică prin anemia sau staza venoasă a muşchilor şi că într'unul din cele 2 cazuri au putut face studii anatomopatologice găsind alteraţiuni ale fibrelor musculare (nu şi infiltraţiuni de limfocite) şi modificări însemnate ale glandelor endocrine, ca persistenţa timusului, fenomene de ipersecreţiune în ipofisa şi poate şi în paratiroidă. Pentru mai multe amănunte a se vedea analiza ce am făcut acestei lucrări, într'unul din numerile anului precedent, sau originalul.

Interesant e de asemenea cazul lui Wiener (56) care a văzut miastenia la o femee de 67 ani, care prezinta o tumoră mediastinală desvoltată probabil pe contul timusului.

In cazul lui Mandelbaum şi Celler (57) s'a găsit un limfangio-endoteliom al timusului. Existau numeroase infiltraţiuni limfocitare în muşchi şi câte-va în sistemul nervos central. Dar atât fibrele musculare cât şi elementele nervoase nu erau alterate.

Menţionăm încă cercetările anatomo-patologice ale lui Frugoni (58) care într'un caz de miastenie găseşte focarele intramusculare de limfocite, celule plasmatice şi conjunctive fără leziuni în alte organe. In cord alteraţiunile lipseau. Ie cazul lui Rooth (59) constatăm absenţa focarelor intramusculare. Celelalte organe, exceptând o ipertrofie uşoară a timusului, nu păreau alterate. In cazul lui Montet şi Skop (60) s'a notat atrofie musculară. Existau focare de infiltraţie celulară în muşchi şi persistenţa timusului. Cităm în fine lucrarea lui Palmer (61), care a observat 2 cazuri, unul letal şi cu examen anatomopatologic.

Ca leziuni a notat în unii muşchi focarele limforagice. Autorul trece în revistă 126 cazuri din literatură, găsind că 7 erau combinate cu sindromul lui Basedow.

Focarele limforagice în muşchi, au fost notate în 13 cazuri, din cari 7 cu alteraţiuni ale timusului. In 3 cazuri existau alteraţiuni timice fără focare musculare. Leziuni musculare, parenhimatoase, existau în 6 cazuri pe lângă limforagii.

50 din cele 126 cazuri au fost letale. Autorul consideră acest sindrom ca aparţinând patologiei glandelor cu secreţiune internă şi crede că terapeutica ce merită a fi încercată e cea tiroidiană, timică sau ovariană.

In cazul lui Gowers (62) găsim un sindrom miastenic apărut în urma inspiraţiunei de vapori de petrol la un lucrător.

Knoblauch (63) consideră miastenia ca o anomalie congenitală datorită predominenţei fibrelor albe, pe când sindromul lui Thomsen ar fi în raport cu predominenţa fibrelor roşii. Opinia aceasta şi-o sprijină autorul pe examenul unei porţiuni de muşchiu luată prin biopsie, într'un caz de miastenie.

Camp (64) consideră paralizia agitantă, ca o boală a muşchilor în raport probabil cu o toxemie generală datorită unei alteraţiuni a paratiroidelor.

Cazul lui Bourilhet (65) de asociaţiune a epilepsiei cu paralizia agitantă, merită să fie menţionat din cauză că pentru epilepsie ca şi pentru sindromul lui Parkinson, unii autori au făcut să intervină alteraţiunea paratiroidelor.

Kauffman (66) studiază schimburile nutritive în epilepsie găsind o mărire a acidozei precum şi a amoniacului şi a acizilor graşi din sânge.

Autorul vede în aceste modificări, o turburare constituţională a nutriţiunei. Tintemann (67) a studiat schimburile într'un caz de diabet complicat de epilepsie tardivă. El a găsit între altele o exagerată eliminare a acidului uric endogen.

Am consacrat eu însu-mi împreună cu Urechie (68), o lucrare relativă la influenţa menstruaţiei asupra frecuenţei atacurilor de epilepsie. Studiul cazurilor personale şi al literaturei ne-au condus la distincţiunea a două grupuri de cazuri. In cele mai multe, menstruaţia are o acţiune agravantă. Intr'un mic număr de cazuri se întâmplă însă contrariu.

Primele cazuri trebuesc interpretate prin acţiunea secreţiunei interne a ovarelor asupra schimburilor nutritive şi aci trebue amintită în special acţiunea acestor glande asupra eliminărei calciului căci s'a căutat a se stabili un raport între epilepsie şi absenţa ionilor calcici din centrii nervoşi. Ultima categorie de fapte e încă şi mai obscură.

Trepsat (69) studiază de asemenea influenţa menstruaţiei asupra acceselor de epilepsie, notând acţiunea ei exageratoare. Mai notează că pubertatea e adese-ori intârziată la epileptici.

Claude şi Schmiergeld (70) au studiat glandele endocrine în epilepsie, găsind alteraţiuni variate în diferitele glande. O mare constanţă o au alteraţiunile tiroidiene, diminuarea volumului glandei şi a conţinutului ei în coloid, ale cărui reacţii istochimice sunt anormale, scleroza etc.

Unul din noi împreună cu Goldstein (71) a publicat observaţiunea unei fete epileptice, care în cursul unui tratament tiroidian — administrat pentru unele fenomene ca apatie, simnolenţă, tendinţă la obezitate — prezintă o stare psihastenică, ce dispăru cu încetarea tratamentului şi reapăru cu reluarea lui. Cazul poate arunca oarecare lumină asupra patogeniei unor stări psihastenice.

Finkelburg (72) a căutat semnul lui Babinski după accesele epileptice găsindu-l prezent în 61 la sută din cazuri.

Turburări nervoase de origină terapeutică.

Vom cita aci câte-va lucrări, relative la manifestaţiuni din partea sistemului nervos central, sau a unor nervi periferici, apărute în urma iniecţiunilor de atoxil, a rachianestesiei sau a tratamentului antirabic.

Ast-fel Bregman (73) descrie un caz de paraplegie, apărut la o bolnavă în vârstă de 21 de ani, în urma unei serii de 16 injecţii de atoxil, făcute în ultimele 8 zile cotidian, iar în primele 16 la 2 zile (câte 10 ctgr.).

Mingazzini (74) publică observaţiunea unui bolnav, care după 13 zile de la o injecţiune intrarachidiană de stovaină, a prezentat tabloul paraliziei bulbare astenice.

Gontermann (75) relatează un caz de pareză a oculomotorului extern, apărută după 8 zile de la o anestezie, prin injecţia intrarachidiană de tropacocaină (0,0625) pentru o fistulă scrotală.

D-l Prof. Babeş împreună cu d-l' Mironescu (76), descriu un caz de paralizie ascendentă acută, la o bolnavă ce fusese muşcată de un câine turbat şi care se găsea în a 14-a zi a tratamentului. S'au găsit leziuni mielitice. D-l Prof. Marinescu (77), a observat de asemenea mai multe cazuri de paralizii, în timpul tratamentului antirabic.

Un caz prezentându-se sub forma ascendentă acută cu sfârşit letal. In mai multe cazuri era vorba de o diplegie facială, fără reacţie de degenerescenţă. Intr'unul din cazuri participau de asemenea nervii glosofaringeu şi peumogastric şi paralizia avea o lungă durată.

Pfeilschmidt (78) a descris un caz de paralizie facială dublă fără reacţie de degenerescenţă apărută după 10 injecţiuni antirabice. Debutul a fost febril. După cinci zile paralizia a început să retrocedeze, vindecându-se în urmă complect.

Remlinger (79) **Pampoukis** (80) au văzut de asemenea paralizii, apărute în cursul tratamentului antirabic.

Lucrări asupra Nevrozelor.

O importantă discuţie a avut loc la Societatea de Neurologie din Paris, asupra isteriei (81). Am rezumat-o destul de amănunţit la timp, în această revistă, pentru a insista acum mai mult. Voi spune numai, că din această discuţie reese că sugestiunea are rolul esenţial în isterie, şi că multe fenomene ca turburările trofice, vasomotorii, febra zisă isterică. cari se puneau până eri cu prea multă uşurinţă, pe contul acestei „nevroze“ trebuesc privite cu mult scepticism şi existenţa lor, pusă la îndoială în lipsa unor fapte indiscutabile.

Ernest Jones (82) studiază pe baza unei foarte bogate bibliografii, chestiunea dacă emiplegia isterică, afectă o predilecţiune pentru partea stângă, — precum au susţinut mai mulţi autori — sau nu. Concluzia ce decurge din această lucrare, e negativă şi prin urmare localizarea emiplegiei, nu poate constitui un argument în favoarea emiplegiei organice sau a celei isterice.

Souques (83) raportează cazul interesant al unei bolnave, ale cărei turburări sunt caracterizate printr'o exagerare însemnată a secreţiunei gastrice, salivare renale şi sudorale. Transpiraţiunea apare în timpul somnului. Autorul etichetează cazul cu numele de nevroză secretorie.

Lucrări de terapeutica sistemului nervos.

Vom împărţi lucrările de terapeutică după mijloacele întrebuinţate, trecând mai întâi în revistă cercetările de seroterapie şi organoterapie, apoi cercetările şi de fizio-terapie şi de terapeutică dietetică, acelea asupra terapeuticei medicamentoase şi în line menţionând câte-va lucrări de terapeutică chirurgicală.

Cercetări sero şi organo-terapice.

Churchill (84) tratează 11 cazuri de meningită cerebro-spinală, cu serul lui Flexner injectând zilnic sau la 2 zile intra-rachidian câte 30 cm. c. de ser, după extracţiunea prealabilă a unei cantităţi egale de lichid cefalo-rachidian.

Din cei 11 bolnavi s'au vindecat 7, pe când 4 (deci peste $33\frac{1}{3}$ la sută) au sucombat.

După injecţiune şi în cazurile favorabile, se observă o limpezire a conştiinţei, o coborîre a temperaturei şi o scădere a numărului leucocitelor.

Robb (85) întrebuinţând serul lui Flexner în 32 cazuri a avut o mortalitate de 8 (25 %) pe când din 37 cazuri fără ser, au sucombat 29 (deci peste 80 %). Intr'un caz a întrebuinţat în total 210 cm. c. ser.

Levy (86) tratează 40 cazuri de meningită cerebro-spinală din cari: 14 fără ser; 3 cu serul lui Ruppel şi 23 cu acela al lui Kolle-Wassermann. Din primele cazuri au sucombat 11, deci 79 %; Din 6 cazuri tratate incomplect cu ser, sucombă 3, deci 50 %, pe când din 17 tratate cu doze mari de ser (intrarachidian) n'au sucombat de cât 2, deci 18 %.

Doza medie e de 20 cm. c. Dar în cazurile grave se va întrebuinţa o doză mai mare (30 — 40 cm.).

Injecţiunea subcutanată n'are nici un efect.

Toate celelalte tratamente inclusiv extracţiunea repetată de lichid cefalo-rachidian sunt departe de a avea acelaş efect.

Currie şi Macgregor (87) tratând cazuri cu ser antimeningococic, obţine o mortalitate de 60% (serul lui Ruppel, Wassermann, Kolle, Bourrougs-Welcome) pe când în cele fără ser de 90 %. Cifrele acestui autor se îndepărtează de ale celor deja citaţi. Explicaţiunea trebue căutată în aceea, că la cei mai mulţi bolnavi au făcut injecţiuni subcutanate nu intrarachidiene.

Flexner şi Jobling (88) au adunat 400 cazuri de meningită cerebro-spinală, tratate cu ser antimeningococcic (în Anglia şi America). De unde mai înainte mortalitatea era de 75 %, sub influenţa serului a scăzut la 20 %. Precum se vede rezultatele sunt foarte încurajatoare.

Nefter (89), Dunn (90), Ker (91), Koplik (92), Ladd (93), Sladen (94), etc. au avut de asemenea rezultate foarte încurajatoare cu seroterapia antimeningoccică.

Middleton (95) descrie un caz grav de paralizie postdifterică în care tratamentul seroterapic specific a produs o retrocesiune repede a simptomelor paralitice.

D-l Prof. **Obregia** (96) a avut ideea să studieze rezultatele ce le ar putea avea puncţiunea spaţiului atloido-occipital, ajungând la concluzia că această intervenţie e foarte simplă, uşoară şi absolut inocentă, dacă se iau câte-va precauţiuni indicate în comunicarea sa. Puncţiunea se face tot în poziţiunea culcată. Autorul a practicat peste 22 puncţiuni de acest fel, fără nici un accident. Au lipsit chiar cefalalgiile şi greaţa.

Această intervenţie poate fi de folos când e vorba de a se introduce un medicament în spaţiul subaracnoidian encefalic, ca spre exemplu în cazurile de tetanos, unde s'a recomandat injecţia intracerebrală — prin trepanaţiune — a serului antitetanic.

Puncţiunea suboccipitată, pe lângă că e un mijloc mai simplu şi mai expeditiv, face să ajungă serul în lacul bulbo-spinal, care e atât de aproape de leziunea tetanică de la început.

Baumann (97) consacră o lucrare tratamentului sindromului lui **Basedow**, cu antitiroidina lui **Moebius** (ser de animale etiroidate) obţinând rezultate foarte satisfăcătoare şi ajungând a considera acest medicament nu numai ca un moderator al frecuenţei pulsului, ci ca un adevărat regulator cardiac.

Waltke (96) a avut de asemenea rezultate bune cu acelaş tratament, observând diminuarea guşei (când nu e degenerescenţă coloidă) şi a tachicardiei, creşterea în greutate, înbunătăţirea stărei subiective. Mai încet cedează exoftalmia. Când e vorba de cazuri complicate de miocardită sau în guşa coloidă tratamentul poate însă rămâne fără efect.

In cazul lui **Helmke** (99) cu acelaş tratament, tahicardia a fost foarte mult influenţată, iar tremurăturile, palpitaţiile, exagerarea secreţiunei sudorale au dispărut cu totul.

Edmonds (100) a obţinut rezultate bune în sindromul lui **Basedow** prin laptele de capră etiroidată.

Revillet (101) pornind de la faptul că bila exercită o acţiune moderatoare asupra pulsului, a avut ideia să trateze basedowieni, cu extracte biliare obţinând o rărire a pulsului şi o ameliorare a altor simptome ca tremurăturile, pierderea în greutate etc.

Dalché (102) caută să stabilească un raport între cefalea puberală şi modificările ce se petrec în oase. Ca tratament recomandă repaosul, aerul şi preparate organo-terapice (tiroid, ovar etc).

Cercetări de fizio şi chimio-terapie.

Jakob (103) studiază influenţa diferiţilor agenţi fizici asupra viscozităţei sângelui. Ast-fel băile reci când lipseşte reacţia, măresc viscozitatea. Tot aşa cele calde când sunt urmate sau însoţite de transpiraţie abundentă. In cazul contrariu o micşorează. Tot în ultimul sens par a lucra băile de acid carbonic şi masagiul.

Cook (104) a avut rezultate mulţumitoare în 6 cazuri de sindromul lui Basedow întrebuinţând radioterapia. Din contră, Jergensen (105) care a tratat 17 cazuri, priveşte chestiunea cu scepticism. Tot aci putem cita lucrarea următoare relativă la acţiunea decompresivă a centrilor nervoşi în unele cazuri de psihoze.

D-l Prof. Obregia (106) împreună cu Antoniu au comunicat societăţii de biologie mai multe cazuri de psihoze în cari puncţiunile rachidiene au fost urmate de vindecare rapidă. Aceste cazuri în număr de 15 se clasifică ast-fel: 1 manie acută; 1 isterie; 2 melancolie; 3 demenţă precoce; 3 confuzie mintală; 5 deliruri multiple degenerative. In 4 din aceste cazuri s'au făcut 2 puncţiuni la 7—10 zile de interval. In alte 2 cazuri s'au făcut 3 puncţiuni.

In toate examenul citologic a fost negativ. Intr'unul din cazuri (depresiune melancolică,) bolnava era vindecată a 3-a zi după puncţia medio-cervicală ce dăduse scurgere la 14—15 cm. c. de lichid, cu tensiune mare.

Un caz de demenţă precoce tipică din punctul de vedere al simptomelor, fu vindecat prin 3 puncţiuni lombare. Tensiunea lichidului în acest caz a mers descrescând în mod progresiv.

Stiller (107) Guhr (108) recomandă cura de altitudine în sindromul lui Basedow.

Bonnefoy (109) relatează 3 cazuri de sindromul lui Raynaud în cari curenţii de înaltă frecuenţă au dat rezultate admirabile.

Cercetări de terapeutică dietetică.

Courmont şi Cremieu (110) pe baza unui caz personal consideră dieta aclorurată in epilepsie ca putând da naştere la turburări ale schimburilor nutritive, deci trebue întrebuinţată cu precauţiune, iar bromul întrebuinţat în doze foarte reduse în timpul acestei diete.

Lundborg (111) studiază indicaţiunile şi contra-indicaţiunile dietei aclorurate în tratamentul epilepsiei.

Metoda pare indicată: 1) în cazurile cu atacuri relativ dese fără turburări psihice.

2) In cazurile cu turburări psihice transitorii unde acestea sunt în legătură cu atacurile dar unde intervalele sunt normale.

3) In formele torpide de epilepsie dar nu cu prea multă stupoare.

Metoda pare contra-indicată:

1) In cazurile cu alteraţiuni însemnate ale pulmonilor, cordului, vaselor, rinichiului.

2) In cazurile complicate cu isterie sau în cazurile de isterie epileptoidă.

3) In formele de epilepsie cu eretism însemnat.

4) In cazurile de caracter epileptic dar cu accese rare.

5) In cazurile cu stupoare însemnată. Tot aşa la idioţii epileptici.

Cercetări de terapeutică medicamentoasă.

D-l Prof. Marinescu (112) a obţinut rezultate foarte satisfăcătoare în 4 cazuri de coreea lui Sidenham, prin injecţiuni intrarachidiene dintr'o soluţie 25°/₀ de sulfat de magneziu. Se injectează câte 1 cm. c. pentru 12 kilograme din greutatea corpului. După 1—2 injecţii mişcările coreice au dispărut. Durata totală a boalei a fost ast-fel mult scurtată. De notat totuşi că se pot observa şi unele fenomene neplăcute pentru bolnav, ca dureri de cap, vărsături, etc.

Rissel (113) studiază acţiunea sărurilor de calciu la 22 copii cu simptome de spasmofilie. A administrat acetat de calciu 3—5°/₀ şi lapte. In 3 cazuri a notat o exagerare a excitabilităţii, în 5 cazuri a notat oscilaţiuni în jurul normalei, în cinci cazuri excitabiltatea a rămas staţionară iar în 11 o scădere ce putea ajunge până la normală.

Miller (114) recomandă sulfatul de magneziu în injecţiuni intrarachidiene în tratamentul tetanosului. Din 11 cazuri ast-fel tratate, cinci s'au vindecat ceea ce dă o proporţie de 55°/₀.

Milian (115) se arată satisfăcut de tratamentul anti-sifilitic în tabes. De asemenea Hudovernig (116) care întrebuinţează enesolul 2 ctgr. pe injecţie la 2 zile una. In total face 10—30 injecţiuni.

Cercetări de terapeutică chirurgicală.

Garré (117) a operat 35 basedowieni. Intervenţia preferată e hemitiroidectomia. 20 de bolnavi au fost văzuţi după o trecere de cinci ani găsind: dispariţia exoftalmiei într'o treime din cazuri. In 2 treimi pulsul care scade repede după operaţie s'a menţinut sub 92. Jumătatate din bolnavi au crescut în greutate cu 20—25 kilograme.

In cazul lui **Stumme** (118) la o acromegală de 30 de ani extirparea tumorei ipofisei a adus o ameliorare vecină cu vindecarea.

BIBLIOGRAFIE

(1) *Revue Neurologique* 1908.

(2) **Souques.** Tumeurs cérébrales frustes, (forme hémiplegique). *Revue Neurologique*, No. 23, p. 1250.

(3) **Noïca.** Le mécanisme de la contracture ches les spasmodiques hémiplegiques et paraplegiques. *Nouvelle Iconographie de la Salpétriére*, No 1, 1908.

(4) **Armand Delille** et **Giry**. Deux cas de sclérose cérébrale à type pseudobulbaire chez l'enfant. *Arch. de Méd. des enfants*, T. XI, No. 2, p. 426.

(5) **Peritz** Die Pseudobulbärparalyse. *Ergebnisse der innere Med.* etc. Bd. 1, p. 575.

(6) **Beyer.** Invalidität durch Hutingtonsche Chorea. *Medizin klinik*, No. 37, p. 1414.

(7) **Noïca.** Troubles de la sensibilité objective dans la maladie de Friedreich. *Revue Neurologique*, p. 92, 1908, et Troubles de la sensibilité objective dans les cas de sclérose en plaques. Soc de Neurologie. en *Revue Neurologique*, p. 279 1908.

(8) **Stephenson** Juvenil-tabes dorsale. *The Lancet.* p. 1401, 1908.

(9) **Marburg** Zur Frage der infantile und juvenile tabes. *Wiener mediz. Woch.* No. 12, p. 613.

(10) **Bourneville**, **Kindberg** et **Richet** Etude anatomoclinique d'un cas de tabes et de paralysie générale chez une enfant de 15 ans. *Nouvelle Iconogr. de la Salpètriere*, No. 6, p. 475.

(11) **Schütze.** Tabes und Lues. *Zeitschr. für kl. Med.* Bd. 65. Heft 5—6 pagina 397.

(12) **Morgenroth** und **Stertz.** Ueber den Nachweis syphylitischer Anticörper im Liquor cerebrospinalis von Paralitikern nach dem Wassermann Plautscher verfahren der Komplementablenkung. *Virchov Arch.*, Bd. 188, p. 166.

(13) **Obregia.** Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale stationaire soumis à la reaction de Wassermann. *S. de biol.* 1908 p. 60, 1909.

(14) **Obregia.** La ponction cervicale. *C. R. de la Soc. de Biologie*. p. 769, 1908.

(15) **Ratner.** Das Fehlen des beiderseitigen Kremasterreflexes als einziges Frühsymptom der Tabes incipiens. *Deutsche Zeitsckrift für Nervenheilk.* Bd. 33 p. 179.

(16) **Panegrossi.** Beitrag zum Studium der von chronicher spinaler Meningites begleiteten Tabes. *Monatschr. für Psychiatrie.* Bd. XXIII, Heft 4, p. 290.

(17) **Crouzon** und **Villaret.** A case of acute ascending Paralysis of Syphilitis Origin. *Review of Neurol. and Psych.* Vol. VI. No. 3, p. 275.

(18) **Ballet** et **Barbé.** Paraplegie flasque absolue avec conservation des reflexes; actinomycose de la colonne vertébrale etc. *Revue Neurologique* No. 2, 1908.

(19) **Holt** and **Bartlett.** The Epidemiology of acute Poliomyelite a study of Thirty-Five Epidemics. *The Americ Journ, of the med. Science.* May Vol. CXXX v. p. 677.

(20) **Starr**. Epidemic Infantile Paralysis. *Journ. of the Americ Med Assoc.* Vol. 4, No. 2, p. 112.

(21) **Berg** Poliomyelitis Anterior as an Epidemic Disease, *Medical Record.* Vol. 73, No. 1, p. 1.

(22) **Hunt**. Further Cotribto the Herpetic Inflamations of the geniculate ganglion etc. *The Amer. Journ. of the Med. Sciences,* Vol. CXXXVI, No. 2 p. 221.

(23) **Lewinsky**. Peripherische Fazialislähmung im Frühstadium des Syphilis. *Dermat Centralblatt,* XIII Jahrgang, Heft 1, pagina 5.

(24) **Obregia**. Le refléxe conjonctivo-mentonier. *Soc. de Biolog.* 1908.

(25) **Benjamin** und **Reuss**. Ueber den Stoffwechsel beim Myxoedem. *Jahrsbericht für Kinderheilhunde,* Band 17, Heft 3, pagina 261

(26) **Bence** und **Engel**. Ueber Veränderungen des Blutbildes bei Mixódema. *Wiener kl. Woche.* No. 25, pagina 905, 1908.

(27) **Marbé**. Les opsonines dans les etáts thyroïdiens III. Les opsonines et la phagocytose chez les myxoedemateux. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 35 1909.

(28) **Delmas** et **Roger**. Vitiligo gravidique par hypothyroïdie. *La Province médicale,* No. 28, 1908.

(29) **Vetlesen**. Klinische iaktagelsen ved 43 tilfaelder of Morbus Basedowi Kristiania.

(30) **Krauss** und **Friedenthal**. Ueber die Wirkung der Schilddrüsenstoffe *Berliner hlinische Wochenschrift,* No. 38, p. 1709.

(31) **Vilson**. The Pathological Changes in the Thyroid Gland, as kelated to Varying Symtoms in Graves Disease Based on the Patological Findings in 294 cases. *The Americ Journal of the Med. Sciences,* Vol. CCXXVI. Dec. p. 851.

(32) **Caro**. Blutbefunde bei Morbus Basedowi und bei thyreoidismus *Berliner klinische Wochenschrift,* No. 39, pagina 1785, 1908.

(33) **Kocher** Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowi und Beiträge zur Frühdiagnose und Theorie der Krankheit. *Arch. f. klin. Chir.,* Bd. 87, G. 1. p. 131.

(34) **Gordon** und **Jagic**. Ueber Blutschilderung bei Morbus Basedowi und Basdowoid *Wiener klinische Wochenschrift,* No. 46, p. 1580. 1908.

(35) **Schkarin** Ueber Basedow'sche Krankheit im frühen Kindesalter *Russische mediz. Rundschau* No. 2, p. 67, in *Iahresbericht f. Neurol,* etc. p. 756.

(36) **Hyde**. Telangiectatic Lesions of the Skin Occoring in the Subjects of Graves Disase *Brit Journal of Dermatol,* Vol. XX, No. 2, p. 33.

(37) Von **Jaksch** und **Rotky**. Ueber eigenartige Knochenveränderungen im Verlaufe des Morbus Basedowi. *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.* Band VII, Heft I, pagina 1.

(38) **Laignel Lavastine**. Des troubles psychiques par perturbation des glandes à secretion interne. Paris, 1908. Massôn, Editeur.

(39) **Levi** et **Rothschild**. Etudes sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse. Paris, 1908.

(40) **Messedaglia**. *Studi Sull. Acromegalia.* 331 pagini. Milano.

(41) **Franchini** et **Giglio**. Encore sur l'acromegalie. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtiere.* No. 5. 1908.

(42) **Oberdörffer**. Ueber den Stoffwechsel bei Akromegalie. *Zeitsch. für Kl. Med.* B. 65. H. 1—2, p. 6.

(43) **Harbitz.** Om Svilster i hypofysen oy akromegalei. *Norsk Magazinfor. Laegevid* August. No. 8, p. 760.

(44) **Roubinovitsch.** Sur un cas d'acromegalie avec epilepsie et psychose maniaque depressive. *Gazette des hopitaux.* No. 89, p. 1059, 1908.

(45) **Borchardt.** Die Hypophysen ghykosurie und ihre Beziehungen zum Diabets bei der Akromegalie. *Zeitschr. für kl. Medizin.* Bd. 66. Heft 3—4, p. 332 şi *Deutsche Med. Woch.* p. 945.

(46) **Haushalter** et **Lucien.** Polyurie simple et tubercule de l'hipophyse. *Revue Neurologique* No. 1, 1909.

(47) **Wagemann.** Beideseitige Keratitis perenchymatosa luctica bei einers 20 jährigen Patientin mit Dystrophia adiposo-genitalis (Hypophysistumor) *Münch. Med. Woch.* p. 1154.

(48) **Adler** und **Thaler.** Experimentelle und Klinische Studien über die Graviditätstetanie. *Zeitsch. für Geburtshilfe.* Bd. LXII. Heft 2. p. 194.

(49) **Janase.** Uber Epitelkröperbefunde bei galvanischer Ubereregbarkeit der Kinder. *Jahrb. für Kinderhethunde.* Bd. 67. H. Bd. 17. Erganzungesheft p. 57.

(50) **Rudinger.** Der Aetiologie und Pathogenese der Tetanie. *Zeitsch für exp. Pathol.* Chorea und Tetania. *Wiener Mediz. Woch.* No. 27, p. 1527

(51) **Rennie.** Basedow aud Myasthenie. *Review of Neurol and Pychiatry* VI. No. 4.

(52) **Seifert.** Fünf Fälle von Myasthenie. *Deutsch. Med. Woch.* p. 623, 1908.

(53) **Chwostek.** Myasthenia gravis und Epithelkörper. *Wiener kl. Woch.* No. 2, p. 37.

(54) **Marinesco.** Contrib. à l'étude de la myasthemie grave pseudo-paralytique. *La Semaine médtcale.* No. 36, 1908.

(55) **Mihăilescu.** Contr. la studiul miasteniei. *Teză.* Bucureşti.

(56) **Wiener.** Die klinik und Pathogenese der asthenische Bulbärparalyse. *Wiener kl. Wock.* p. 1688.

(57) **Mandelbaum** aud **Celler.** A Contribution, to the Pathology of Myasthenie gravis. *Journal of Exper. med.* X. p. 308—328.

(58) **Frugoni.** Contributo alla anatomia pathol. del Morbo di Erb-Goldflam. *Boll. d. Soc. Med. Chirurg. di Pavia* şi *Münch. Med. Woch.* p. 372, 1908.

(59) **Booth.** Report of a Case of Myasthenia gravis pseudo-paralytica with Negative Pathological Findinges. *The Journ. of Nervous. and Ment. Disease.* Vol. 35 No. 11, p. 690.

(60) **Montet** und **Skop.** Myasthenia gravis und Muskelatrophie. *Monatsch. für Psych.* Bd. XXIV. Heft. 1, p. 1.

(61) **Palmer.** Myasthenia gravis. *Guys Hospital. Reports* Vol. 62. p. 55.

(62) **Gowers.** Pseudomyasthenia of toxic Origin. *Review of Neurol. and Psychiatry.* Jan.

(63) **Knoblauch.** Das wesen der Myasthenie und die Bedeutung der „hellen" Muskelfasern für die menschliche Pathol. *Frankfurter Zeitsch. f. Pathol.* Bd. II, Heft. 1, p. 57.

(64) **Camp.** Pathology of Paralysis agitans with a Report of Fourteen Cases With. Necropsy *Univ of Pennsylv. Centr. fromthe Depart. of Neurol.* Vol. II.

(65) **Bourilhets.** Maladie de Parkinson survenue chez une demente épileptique. *Gazette des hôpitaux.* No. 2, p. 15.

(66) **Kauffmann.** Zur Path. der Epilepsie. *Münch. Med. Woch.* No. 45, p. 2316.

(67) **Tintemann.** Harnsäure und epileptscher Anfall etc. *Monathsch. für Psych.* Bd. XXIV. Heft. 6, p. 508.

(68) **Parhon** et **Urechie.** Quelques considerations sur l'influence de la menstruation sur la fréquence des accés d'epilepsie. *Journal de Neurologie.* No. 1—2, 1908 şi Comunicare prealabilă la Soc. Română de Neurol. şi Psihiatrie, 1907.

(69) **Trepsat.** Epilepsie et menstruation. *L'Encéphale* No. 6, p. 486.

(70) **Claude** et **Schmiergeld.** Etude de 17 cas d'epilepsie au point de vue des glandes à sécretion interne. *Revue Neurologique* 1—860, 1908.

(71) **Parhon** et **Goldstein.** Etat psychastenique survenu chez une jeune fille epileptique soumise au traitement thyroïdien, disparaissant par la cessation du traitement et réaparaissant par sa reprise. *Revue Neurologique* No. 1, 1908.

(72) **Finkelburg.** Ueber das Babinskische Phänomens beim epileptischen Anfall. *Münch. Med. Woch.* p. 1805, 1908.

(73) **Bregman.** Ein Fall von Rückenmarkerkrankung auf Grund einer Atoxylvergiftung. (*In Jahrsbericht,* p. 577).

(74) **Mingazzini.** Etude Clinique des paralysies consecutives à la rachistovainisation. *Revue Neurologique.* No. 5, 1908.

(75) **Gontermann.** Zur kasuistik der Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie mit Tropacocain. *Berl. kl. Woch.* No. 33, p. 1522.

(76) **Babeş** et **Mironesco.** Paralysie ascendente mortelle survenue après de traitement antirabique. *C. R. de la Soc. de Biol.* T. LXIV, No. 19, p. 964.

(77) **Marinesco.** Remarques sur la comunication de M. V. **Babeş.** La paralysie ascendente mortelle après le traitement antirabique. *C. R. de la Soc. de Biol.* T. LXIV, No. 19, p. 973.

(78) **Pfeilschmidt.** Zur kenntnis der Erkrankungen des Nervensystems bei Wutschutz-impfungen. *Neurol. Centralblatt.* No. 22, p. 1066.

(79) **Remlinger.** Accidents paralytiques an cours du traitement antirabique *Presse médicale.* No. 74, p. 586.

(80) **Pampoukis.** Zur Frage der während oder nach der antirabischen Behandlung auftretenden Paralysen. *Deutsch. med. Woch.* No. 48, p. 2076.

(81) *Revue Neurologique,* 1908.

(82) **Ernest Jones.** Le coté affecté par l'hémiplegie histerique. *Revue Neurologique,* No. 5, 1908.

(83) **Souques.** Nevrose secretoire. *Revue Neurologique.* No. 10, 1908.

(84) **Churchill.** Treatement of Meningococic Meningites With Flexner-Serum *The Journal of the Americann Med. Assoc.* Vol. LI, No. 1, p. 21.

(85) **Robb.** The Tratement of Epidemic Cerebro-spinal Fever by Interspinal Injections of Flexner and Joblings Anti-meningites Serum. *Brif. Med. Journ.* 1, p. 382.

(86) **Levy.** Erfahrungen mit Kolle — Wassermannschene Meningokokken-Heilserum bei 23 Genickstarrekranken. *Klinische Jahrbuch.* Bd. 18, H. 3, p. 317.

(87) **Currie** and **Macgregor.** The Serum Treatement of Cerebro-Spinal Fever the City of Glasgow Fever Hospital Belvidere between May 1906 and May 1908. *The Lanect.* V, p. 1073.

(88) **Flexner and Jobling.** Kurzer Bericht über 400 Fälle von Meningitis, behandelt mit intra-spinaler Einspritzung von einem Antiserum. *Zentralblatt. f. innere Medizin.* No. 36, p. 893.

(89) **Netter.** Traitement de la meningite cerebro-spinale suppurée. Efficacité des injections intra-rachidiennes de sérum anti-méningococique. *Gaz. des hôpitaux.* p. 1724.

(90) **Dunn.** The Serum Treatment of Epidemic Cerebro-spinal Meningites. *The Journ. of the Americ. Assoc.* Vol. LI, No. 1, p. 15.

(91) **Ker.** The Treatment of Cerebro-spinal Meningites with Flexner Serum. *The Edimbourg Med. Journal.* Vol. I, No. 4, p. 306.

(92) **Koplik.** The Serum Treatment and The Prognosis huder Various Forms of Therapy of Cerebro-spinal Fever. *Medical Record.* Vol. 74, No. 14, p. 557.

(93) **Ladd.** Serum Treatment of Epidemic Cerebro-spinal Meningitis. *The Journal of the Americ. Med. Assoc.* Vol. 21, No. 16, p. 1315.

(94) **Sladen.** Results of the Use of Antimeningites Şerum (Flexner) of the Johns Hopkins Hospital. *Old. Dominion Journ. of Med. and Surg.* Oct.

(95) **Midleton.** Case of Diphtheritic Paralysis Treated by Injections of the Antidiphtheric Serum of Roux. *The Lancet.* II, p. 156.

(96) **Obregia.** La rachicentese sousoccipitale *C. R. de la Soc. de Biologie,* 16 Juillet. 1908, p. 277.

(97) **Baumann.** Zur Therapie der Basedowschen Krenkhelt mit Antithyreoidin Moebius. *Berliner Kl. Woch.* No. 20.

(98) **Woltke.** Spezifische Therapie des Morbus Basedowii. *Deutsche Aerzte Zeitung.* No. 15—17, p. 341, 367, 390.

(99) **Helmke.** Zur Behandlung des Morbus Basedowii. *Medizin Klinik.* 1907, No. 50.

(100) **Edmunds.** Treatment of Graves Disease with the Milk of Thyroidless Goats *The Lancet.* I. p. 227.

(101) **Revillet.** Note sur l'action physiologique et therapeutique de l'extract biliaire dans le goître exophtalmique. *Lyon médical.* No. 46, p. 807.

(102) **Dalché.** La cephalie pubérale. *Gazette des hôpitaux.* No. 38, p. 447.

(103) **Jakob.** Veränderung der Viscosität des Blutes bei physiotherapeutschen Einmistungen. In *Jahrbesicht.* p. 816.

(104) **Cook.** The X Rayaud High-Frequency Treatment of Exophtalmic Goter The. *Journ. Of The Amer. Med. Assoc.* Vol. L. No. 10, p. 758.

(105) **Jorgensen.** On Röntgenbehandlung of Morbus Basedowi. *Hospitalstidende Jahrg.* 51, p. 1393.

(106) **Obregia et Antoniu.** Sur quelques ponctions rachidiens suivies de guérisons rapides. *C. R. de la Soc. de Biol.* p. 242.

(107) **Stiller.** Höhenluft bei Morbus Basedowi. *Med. Klinik.* No. 9, p. 292.

(108) **Guhr.** Erfahrungen bei der Basedow-Krankheit im Hochgeberge. 29 *Versammlung der Balneologische Geselschaft.*

(109) **Bonnefoy.** Les troubles vasomoteurs et les trophonevroses sur le litoral mediteranéens. Cannes. 1908.

(110) **Courmont et Crémieu.** Effets de la déchloruration chez un épileptique bromuré. *Lyon médical.* T. CX. No. 26, p. 1378.

(111) **Lundborg.** Ueber die Sogenante metatrophische Behandlungsmethode nach Toulouse-Richet gegen Epilepsie. *Arch. für Psych.* Bd. 44, Heft 2—3.

(112) **Marinesco.** Traitement de la chorée de Sydenham par les injections intraarachnoïdiennes de sulfate de magnésie. *La semaine médicale.* No. 47 p. 553.

(113) **Rissel** Spasmophilie und Calcium. *Archiv für Kinderheilkunde,* Band 48, Heft 34, p. 185. şi *Deutsche med. Woch.*, pagina 855.

(114) **Miller.** Treatement of Tetanus with Subarachnoid Injections of Magnesium Sulphate. *The Americ Journ. of the Med. Sciences,* Vol. CXXXVI, Dec. p. 790.

(115) **Millian** Le traitement étiologique du tabes. *Progrés Méd.* No. 25, p. 301.

(116) **Hudowernig.** Therapeutische Versuche mit Enesol bei Tabesdorsalis. Autoreferat im *Jarhsbericht über die Leistungen und Vortschritte in der Gebiete der Neurologie etc.*

(117) **Garré.** La strumectomie dans la maladie de Basedow. Les resultats éloignés, *Presse médicale.* No. 17. p. 129.

(118) **Stumme.** Akromegalie und hypophyse. *Arch. für Kl. Chirurg.* Bd. 87, p. 437.

SERVICIUL CLINIC AL PROF. BUICLIU

Dr. TATUŞESCU

Reumatismul tuberculos

Incă de la 1845, prin urmare într'o epocă în care toate manifestaţiunele articulare erau considerate ca operă a reumatismului. Bonnet din Lyon a atras atenţiunea asupra frecvente a coincidenţei reumatismului articular cu tuberculoza pulmonară, fără ca prin această observaţie să tindă a trage o concluzie de la cauză la efect.

Principiul câ: tot ce e manifestaţie articulară înflamatoare e reumatism, a rămas ne ştirbit până la 1883, când Bouchard şi cu elevul său Bourcy au întrodus în pătalogie noţiunea *pseudo reumatismului infecţios,* descriind sub această etichetă manifestaţiunele articulare observate în scarlatină, febră tifoidă şi în special blenoragie.

Nici aceşti autori şi nici unul din pleiada acelor cari au tratat această chestiune, după dânşii, nu s'au gândit să afirme existenţa *pseudo reumatismului tuberculos,* deşi era tot atât de logic atuncea cum e şi aztăzi, ca tuberculoza care e o boală infecţioasă să dea naştere la manifestaţii articulare înflamatorii.

Reumatismul tuberculos a stat in întuneric până la 1896, când Poncet din Lyon a îndrăznit pentru întâia dată să ridice un colţ din vălul care îl acoperea și să pue prima etichetă pe cazuri de asemenea natură.

Plecând de la o idee preconcepută, cum de multe ori se întâmplă în știință, Poncet s'a gândit că bacilul tuberculozei, care are la dispoziția s'a drept armă distrugătoare, cel puțin o toxină virulentă, dacă nu mai multe, e în drept și e probabil că dă naștere la reacțiuni patologice la distanță.

Căutând să verifice la patul bolnavului concepțiunea-i înaintemergătoare experienței și observației, bănuiala-i cade din primul moment pe manifestațiile articulare a le tuberculoșilor, pe care urmărindu-le ca evoluție a constatat că sunt mult mai tenace și mai refractare tratamentului salicilic de cât reumatismul banal. — In mare parte convingerea-i e dobândită că sunt de altă esență de cât cea reumatismală și că cu multă probalicitate sunt de origină tuberculoasă, provocate însă nu prin presența bacilului în focarul înflamator, ci prin filtrarea boxinei la nivelul scroaselor articuelare.

Trebuia dar ca reumatisantul tuberculos, înainte de a deveni reumatisant, să aibă o carieră cât de scurtă de tuberculoză viscerală, după cum ori-care din pseudo-reumatisanții lui Bouchard și Bourey, trebuia ne apărat să fi fost purtători ai unei infecțiuni, cu câte-va vreme înainte de isbucnirea manifestațiilor articulare, după cum artriticul blenoragic trebue să fi fos purtătorul unei scurgeri gonocacice cu cel puțin câte-va zile înainte de isbucnirea fenomenelor articulare.

Cred că, dacă această diferenciare, se oprea aica erea să rămâe un adevăr, și reumatismul tuberculos, această achiziție a patologiei moderne, n'ar fi stărnit în contra ei reacțiunea pe care a stărnit-o atât în Franța dar mai cu seamă în Germania.

Autorul acestei descoperiri, ca ori-ce părinte ambițios, a crezut, la un moment dat, să-și emancipeze copilul complect, descriind o varietate de *reumatism poliarticular tuberculos primtiv*, fără nici o leziune viscerală premergătoare, efect al unei *bacilhemii primitive*.

Această concepțiune pe cât de ingenioasă pe atât de abstroită, n'a avut fericirea să se verifice în practică, cum s'au dovedit celelalte forme de reumatism tuberculos secundar. E probabil că acest eșec parțial în înghebarea fisionomiei definitive a acestei varietăți de reumatism, a avut o influență nefostă asupra modului de acceptiune a întregei chestiuni, care a fost contestată din multe părți.

Am constatat însă cu plăcere că în monografia ce profesorul Poncet a făcut să apară în 1909, renunţă la reumatismul tuberculos primitiv şi odată cu această renunţare constatăm că a început atât în Franţa cât şi în Germania a se recunoaşte reumatismului tuberculos o stare civilă.

In răstimpul când Poncet credea încă în existenţa reumatismului tuberculos primitiv, s'a prezintat în serviciul maistrului meu prof. Buicliu, o bolnavă.

I. L. în etate de 40 de ani, cu dureri şi umflătură în articulaţia coxo-femorală stângă, care cu un an înainte mai fusese în servicu cu dureri în încheeturi, dar după câte-va zile de şedere şi un tratament cu salicilat, durerile au dispărut.

De data asta manifestaţia ei coxo-femorală e mai tenace; ba mai mult peste câte-va zile se prinde şi articulaţiile tibio tarsiene; mai la urmă devin dureroase şi se tumefiază şi articulaţia cotului şi cele carpiene din partea stângă. — Fără temperatură.

Ese din spital ameliorată mult.

Curând după aceasta reintră în spital cu o tumefacţiune în treimea superioară şi externă a coapsei drepte. — Cum la acest nivel începuse să se simtă fluctuaţiune a fost incizată şi s'a găsit că era o bursită trocanteriană supurată. — La examenul direct a puroiului nu s'a găsit bacili; inocularea făcută cu acest puroi la cobai n'a dat nici un rezultat. Examenul sângelui a arătat o uşoară polinucleoză. S'au cercetat toate cele-lalte organe şi nu s'a putut constata nici un semn de leziune bacilară.

Pentru o definitivă convingere s'a recurs şi la proba cu tuberculină, care a fost net pozitivă. Nu mai încăpea nici o îndoială, manifestaţiile articulare erau de natură tuberculoasă şi cum lipsea focarul visceral primitiv s'a conchis la un pseudo reumatism tuberculos primitiv.

La 5 Martie 1903, bolnava ese din spital cu plaga ne cicatrizată şi peste câte-va luni reintră din noŭ în stare de cahexie, cu temperatură şi în scurt timp sucombă. — La intrare însă s'au certetat din nou organele ei şi cu toată investigaţiunea clinică minuţioasă, nu s'a putut constata vre o leziune viscerală.

Cu mult interes am procedat la facerea autopsiei, eliminând rând pe rând: plămâni, ganglioni mediastinali, ganglioni tracheobronchici, inimă, ficat, intestine, rinichi, splină, pancreas, ganglioni mezenterici, ca indemni de ori ce fel de leziune.

Eram aproape convins că diagnosticul anatomo-potologic vine să confirme primitivitatea manifestaţiunelor tuberculo-articulare, când mai din tr'un elan de cinste ştiinţifică de cât din coevigere mi am zis, ia să văd şi organele genitale! Care nu mi-a fost surprinderea când deschizând trompa dreaptă, am găsit-o dilatată şi îndopată ca un burduf cu o substanţă cazeoasă, care prin examenul microscopic s'a dovedit a fi de natură tuberculoasă.

Tot eşafodajul importanţei acestui caz, prin raritatea lui (era al 2-lea în ştiinţă) s'a dărămat de o dată, lăsând ca ruină în mintea mea îndoiala asupra existenţei reumatismului tuberculos primitiv. Timpul mi-a dovedit că am avut dreptate.

Se întâmplă de multe-ori ca primitivitatea manifestaţiunilor articulare să fie aparentă, prin faptul că leziunea viscerală fiind cu totul incipientă, nu dă de cât semne stetoscapice foarte discrete şi insuficiente de a pune un diagnostic. — Cazuri de asemenea natură citează multe Poncet în monografia sa şi profesorul Buicliu a avut unul foarte demonstrativ.

E vorba de un locotenent în etate de 28 de ani, fără antecedente bacilare nici persoanele nici ereditare, care fusese detaşat la un regiment austriac. — In urma unui marş, făcut pe zăpadă mare, fu cuprins de fiori repetaţi urmaţi de căldură, îşi simţea membrele grele şi fu nevoit a se aşeza în pat.

A doua zi articulaţiile, mai cu seamă acelea a le membrelor inferioare au început a fi dureroase. I s'a administrat salicilat de sodiu, febra a căzut, durerile au încetat. — Genunchii şi glesnele au rămas totuşi tumefiate şi dureroase, dar numai la presiune şi în mişcări. — Cu toate tratamentele aplicate fenonenele au persistat, aşa că după 3 luni, bolnavul s'a decis a părăsi regimentul şi a se întoarce în ţară.

Aici a intrat în tratamentul prof. Buicliu. — Era deja în îngrijirea D-sale de o lună, fără nici o ameliorare, când într'o bună dimineaţă a avut o hemoptisie; iar la ascultaţie a prezintat raluri sub crepitante în regiunea sub-claviculară din stânga.

Din momentul acesta şi pe măsură ce fenomenele pulmonare se accentuau din ce în ce mai mult, până la constatarea bacilului Koch în spută, fenomenele articulare se ameliorează, durerea dispare, lichidul din articulaţia genunchiului asemenea; iar mersul revine aproape ca în stare normală.

Insist asupra acestui fenomen de derivaţie pe care îl produc focarele apărute mai recent asupra fenomenelor inflamatoare din focarele de o dată mai veche. — Fenomene observate de Poncet, pe cari le vom constata încă într'o observaţie a noastră ce o vom da mai la vale.

Inainte de a înşira toate observaţiunile de cari dispunem să vedem cari sunt înfăţişările sub care se poate prezinta reumatismul tuberculos. Dacă de acord cu Poncet excludem reumatismul primitiv şi rămânem bine înţeleşi asupra faptului că pseudo reumatismul tuberculos nu poate fi decât secundar, unei tuberculoze medicale sau chirurgicale, atunci din punct de vedere al localizărei, clasificăm reumatismul tuberculos în următoarele două mari diviziuni:

1. *Reumatismul articular,*
2. *Reumatismul abarticular.*

In această din urmă categoric intră leziunele tecilor tendinoase, muschi, burse seroase etc. Nimic nu exlude posibilitatea ca asupra aceluiaşi individ să găsim leziuni articulare şi leziuni abarticulare, mărturie observaţia bolnavului nostru dintâi, care a prezintat un reumatism poliarticular şi o bursită trochanteriană.

Din punct de vedere al caracterului leziunelor distingem:

1. *Artralgii simple,* semnalate încă de mult de Weil. — Ele sunt adesea ori preludiul unui atac acut, fapt care l'am înregistrat în cele mai multe din observaţiile noastre.
2. *Acut şi sub acut.*
3. *Cronic.* — Rare ori reumatismul tub. cronic, ca acest mers de la început.

In marea clasă a reumatismului tuberculos cronic trebue să recunoaştem 3 tipuri:

a) Sinovita cronică,

b) Reumatismul tuberculos anchilozant (Theza lui Levet Lyon 1903). In care e o tendinţă să se coprindă toate artritele anchilozante senile; iar Poncet vrea să înglobeze în această categorie a reumatismului tuberculos întreaga clasă a spendilitelor chyzomelice.

N'am avut ocazia să fac pe o scară întinsă verificarea acestor păreri: pot afirma însă ca în serviciul D-lui prof. Buicliu, şi din ordinul D-sale, s'a făcut proba cu tuberculină aproape la toate cazurile de spondilită şi cele mai multe din ele n'au reacţionat.—Nu vreau să prejudec însă nimic, aceasta fiind o chestiune asupra căria sper să revin prin tr'o lucrare de la o laltă.

c) Poliartrita cronică diformantă (Thesa lui Barjen 1897). tip care se ovsearvă mai cu seamă la copii şi din care posedăm următoarea observaţie foarte interesantă:

Prin luna Septembre a. c. a intrat în serviciul D-lui prof. Buicliu, femeia Ecaterina Dobrescu, suferind de o artrită radiociarpană stângă, care din cauza tenacităţei s'a bănuit a fi de natură tuberculoasă, însă oftalmoreacţiunea a fost negativă.

Această femee ne a spus că are la dânsa un copil de 15 ani, pe care îl creşte de suflet de la etatea de 3 ani, pentru că remăsese fără mamă şi care copil sufere şi dânsul de reumatism cronic ca şi dânsa având toate articulaţiile schilodite. — Arătându'l la doctor i s'a spus că e tuberculos. — Se întreba femeia: nu cum-va ar fi luat boala de la dânsul? Am insistat ca să-l aducă la spital, dar ne putând ni l'a trimes abea peste o lună la 4 Noembre, şi face pentru prof. Buicliu obiectul unei lecţiuni clinice.

Primul lucru ce ne inpresionează la dânsul este infantilismului, o lipsă de desvoltare foarte evidentă. E un băiat de 15 ani şi nu pare a avea mai mult de cât 10.

In antecedentele lui personale constatăm că la vârsa de 5—6 ani a suferit zice dânsul de pojar, dar care în realitate trebue să fi fost scarlatină, pentru că după asta s'a umflat şi toţi medicii îl condamnase, dar mama lui adoptivă n'a vrut să renunţe la speranţa de a-l scăpa şi s'a apucat să-i facă băi calde cu floare de fân, din care, incetul cu incetul, s'a desumflat. De la această boală şi până la suferinţa lui actuală nu ştie să mai fi zăcut de ceva. — N'a avut nici o manifestaţie scrofuloasă. — N'a tuşit.

Antecedentele-i ereditare sunt şi mai puţin importante: mama lui a murit în urma unui accident când el n'avea de cât 3 ani. — Tatăl a murit mult mai în urmă de bătrâneţe. — Mai are încă 3 fraţi şi 2 surori mai mari de cât dânsul. — Doi din fraţi sunt în armată, singurii pe cari îi cunoaşte. De ceilalţi ştie numai din auzite că sunt sănătoşi.

După cât ştie nu este nimeni din neamul lui care să sufere de piept sau de scrofule.

Bolnavul nostru ne mai povesteşte că până acum 5 ani era bine. — Intr'o dimineaţă sculându-se bagă de seamă că are dureri în picioare şi junghiuri în toate încheeturile, din care cauză mersul îi era penibil. — Incheeturile nu-i erau umflate. Numai peste trei sau patru zile a băgat de seamă că au început să se umfle şi să se sgârcească. — Dar, din acel moment durerile au dispărut și cu toate aceste diformații cari au mers crescând, bolnavul n'a fost nici o dată înpiedecat de a umbla. — Din când în când îi dedea câte un junghiu prin încheeturi, care însă erea departe de a fi o adevărată suferință.

Nu a avut nici o dată amorțelile penibile pe cari le au bolnavii cu reumatism cronic diformant, în special noaptea și dimineața. Nu are sentimentul de răceală în mâini și în picioare. — Sensibilitatea tactilă și termică sunt bine păstrate.

Actualmente diformațiile mâinilor și a picioarelor se reduc la dânsul la o infirmitate care îl împiedică de a-și utiliza membrele în mod lesnicios, dar nu la o boală care să-l facă să sufere.

Bolnavul se înfățișează cu chipul unui copil cu mult mai tânăr de cât este, slab până la descărnare, (fig. No. 1) din partea extremității cefalice nu prezintă nimic de remarcat de cât o alopecie sub formă de ciupituri, cari sunt vestigiile unei erupțiuni pe care a avut-o în prima copilărie. Brațele lui subțiri și descărnate, lasă să se constate nu numai dispariția țesutului gresos dar chiar o atrofie a țesutului muscular.

Articulațiile umerilor sunt normale și mișcările libere. De alt-fel și bolnavul ne afirmă că n'a avut dureri în ele nici odată.

Articulațiile coatelor ingroșate și puțin limitate în mișcările lor de extensiune, dar ne dureroase. Extremitatea cubitală mai îngroșată de cât cea umerală. In totalitate articulația cotului din stânga mai tumefiată de cât cea din dreapta.

Articulația mănunchilor mâinilor diformate și tumefiate. Tumefacția privește mai cu seamă extremitatea inferioară a radiului.

Laba mâini este proectată in afară ca laba de foca (en coup de vent). Mișcările de lateralitate a mâinilor spre marginea cubitală sunt mult mai simple de cât spre marginea radicală s'ar zice că este o relatare a ligamentelor radio carpiene. Mișcarea de flexiune a acestor articulații se face în mod normal, cea de extensiune este ceva mai limitată ca în stare normală și dacă se forțează puțin, se provoacă dureri.

Articulația pumnului din dreapta este mai tumefiată de cât cea din stânga (vezi fig. No. 2). Oasele carpului sunt normale.

Falangele, falanginele și falangetele au extremitățile ipertrofiate, metacarpienii asemenea; așa că și articulațiile corespunzătoare

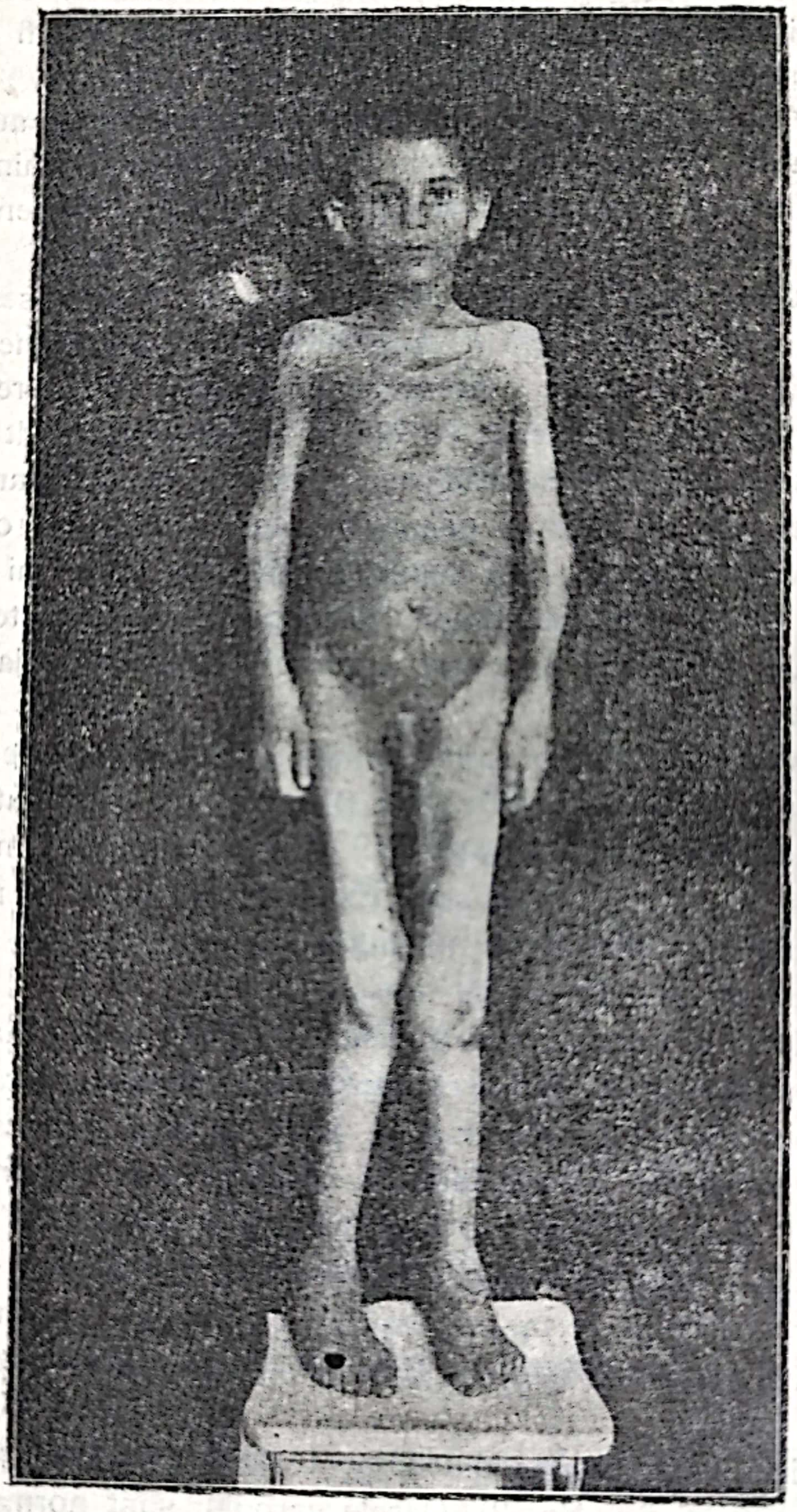


Fig. 1.

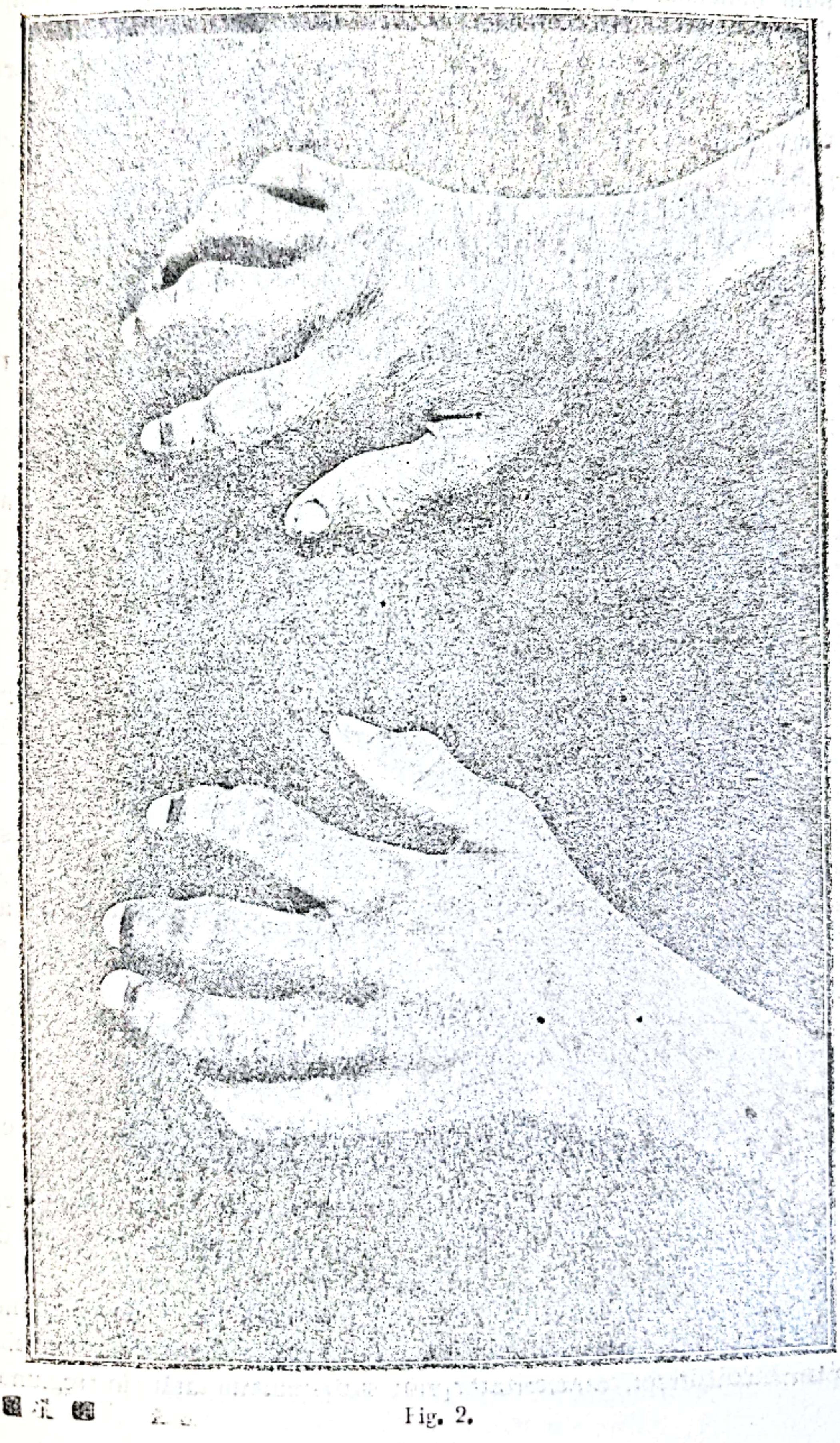


Fig. 2.

sunt tumefiate şi diformate. Flexiunea se face în mod aproape normal, dar extensiunea nu.

La aceasta mai contribue şi retracţiunea aponevrezei palmare.

In special extensiunea articulaţiunilor metacarpo-falangiene e foarte limitată, aşa că în acest act mâna rămâne cu aspectul de ghiară.

Bolnavul ne spune că mâinele i-au fost mult mai rău şi că nici prehensiunea nu era posibilă, dar de când s'a dus la băi la Monteoru-Sărata, acum un an, s'a ameliorat mult şi le poate închide mult mai bine.

Ganglionii axilari ceva mai pronunţaţi în stânga de cât în dreapta.

Nici o diformaţiune în articulaţiunele coloanei vertebrale.

Nimic pe traectul coastelor.

Abdomenul normal ca formă şi desvoltare organele genitale normale. Sistemul pilos din această regiune ne desvoltat.

Oasele iliace nu presintă nimic anormal. Articulaţiunile coxo-femorale normale.

Mişcările libere şi nedureroase.

In staţiune verticală picioarele iau atitudinea de X, sau picioare de vacă. Coapsele subţiri cu ţesutul muscular atrofiat, în special aductorii.

Articulaţiunele genunchilor, după cum se vede în fig. No. 3, sunt îngroşate, In special genunchiul stâng. Această diformaţie este datorită de sigur îngroşărei extremităţei inferioare a femurului şi superioare a tibiei, dar se pare că există şi un exudat intra articular, care în flexiune face să proemineze fundurile de sac sinoviale.

Articulaţiunile nu sunt durereroase de cât dacă forţăm flexiunea, care nu se face în mod complect. Imprimând mişcări genunchiului stâng percepem pârâituri.

Ganglionii din regiunea inguinală sunt uşor ipertrofiaţi; cei din stânga mai mult.

Deşi gleznele par îngroşate. cu toate acestea articulaţiunele tibio-tarsiene au mişcările libere şi bolnavul afirmă că n'a suferit de ele nici odată.

Tarsul şi degetele picioarelor nu presintă nici o diformaţiune.

Cercetând organele toracelui, constatăm o infiltraţie a vârfului plămânului drept, caracterizată prin sub-matitate atât în regiunea subclaviculară cât și în scobitură sapra-spinoasă și în triunghiul supra-clavicular.

Respirațiunea în aceastā regiune e mult mai aspră și expirațiunea mai prelungită.

Vibrațiunile par exagerate.

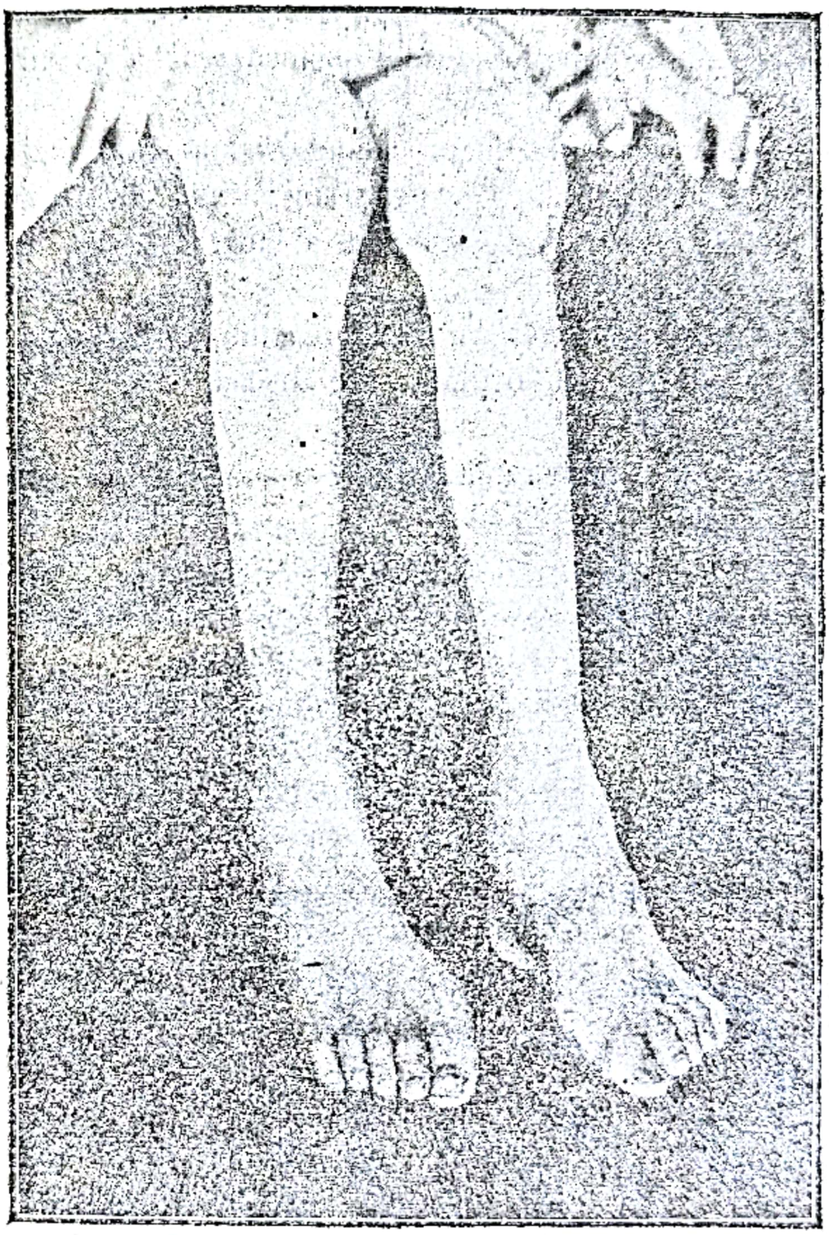


Fig. 3.

Punând pe bolnav să tușească se percep în mod foarte net cracmente.

Din partea inimei presintă fenomene foarte importante ca legătură cu cele-l'alte leziuni. Pe lângă retracțiunea spațiului intercostal III se aude la vârf o prelungire manifestă a sgomotului diastolic; iar la palpore se percepe un uşor freamăt, aşa că fără îndoială bolnavul a început să schiţeze o strictură mitrală, ale cărei legături cu tuberculoza sunt bine cunoscute.

Cele-l'alte organe nu prezintă nimic important. N'are temperatură. Nu tuşeşte. Nu scuipă.

Urina nu conţine nici zahăr nici albumină. In această situaţiune era de mare importanţă să i se facă reacţia cu tuberculină şi radiografia.

S'a recurs mai întâi la procedeul oftalmo-reacţiunei care a fost positiv. S'a mai făcut după aceea şi injecţiune cu tuberculină $^{1}/_{15}$ dintr'un miligram şi a fost negativ, s'a făcut apoi cu un miligram la care a reacţionat.

Inregistrez în treacăt că după injecţiunea cu tuberculină s'a redeşteptat şi reacţiunea oculară care fusese făcută cu o săptămână înainte.

Reacţiunea cu tuberculină n'a stârnit nici o durere în articulaţiunile bolnave.

E ne îndoelnic că leziunile multiple pe cari le prezintă bolnavul nostru atât de tânăr şi de o carieră patologică deja atât de lungă, sunt de natură tuberculoasă.

Nu ar fi lipsite de interes investigaţiile radiografice ca să vedem în special felul leziunei pe care o presintă bolnavul nostru, deşi după spusa prof. Poncet starea structurală a osului n'are nimic caracteristic în aceste manifestaţii, pentru că în unele cazuri se găseşte un proces de osteită rarefiantă; iar în altele o osteită condensantă şi iperostozantă. In cazul nostru, după cum se poate vedea din figurile No. 4 şi 5, procesul osos a luat tipul osteitei rarefiante.

Complicaţiunile la cari poate da naştere reumatismul tuberculos sunt următoarele:

1. Nevralgii şi nevrite periferice.

2. Meningopatii inflamatoare, sau congestive fără tubercule. (Thesa lui Bouclier Lyon 1903).

3. Endocardită şi pericardită. (Thesa lui Chambelland Lyon 1902. Thesa lui Braillon).

Această din urmă complicaţie poate să apară scurtă vreme după primele manifestaţii articulare chiar dacă ele n'au fost de cât de scurtă durată.

Cu acest prilej să-mi fie îngăduit să expun aicea observaţia unui caz din clientela mea particulară, important atât pentru lesiunea endocardiacă pe care o prezintă cât şi pentru transformarea leziunelor din pseudo-reumatism bacilar în artrită fungoasă.

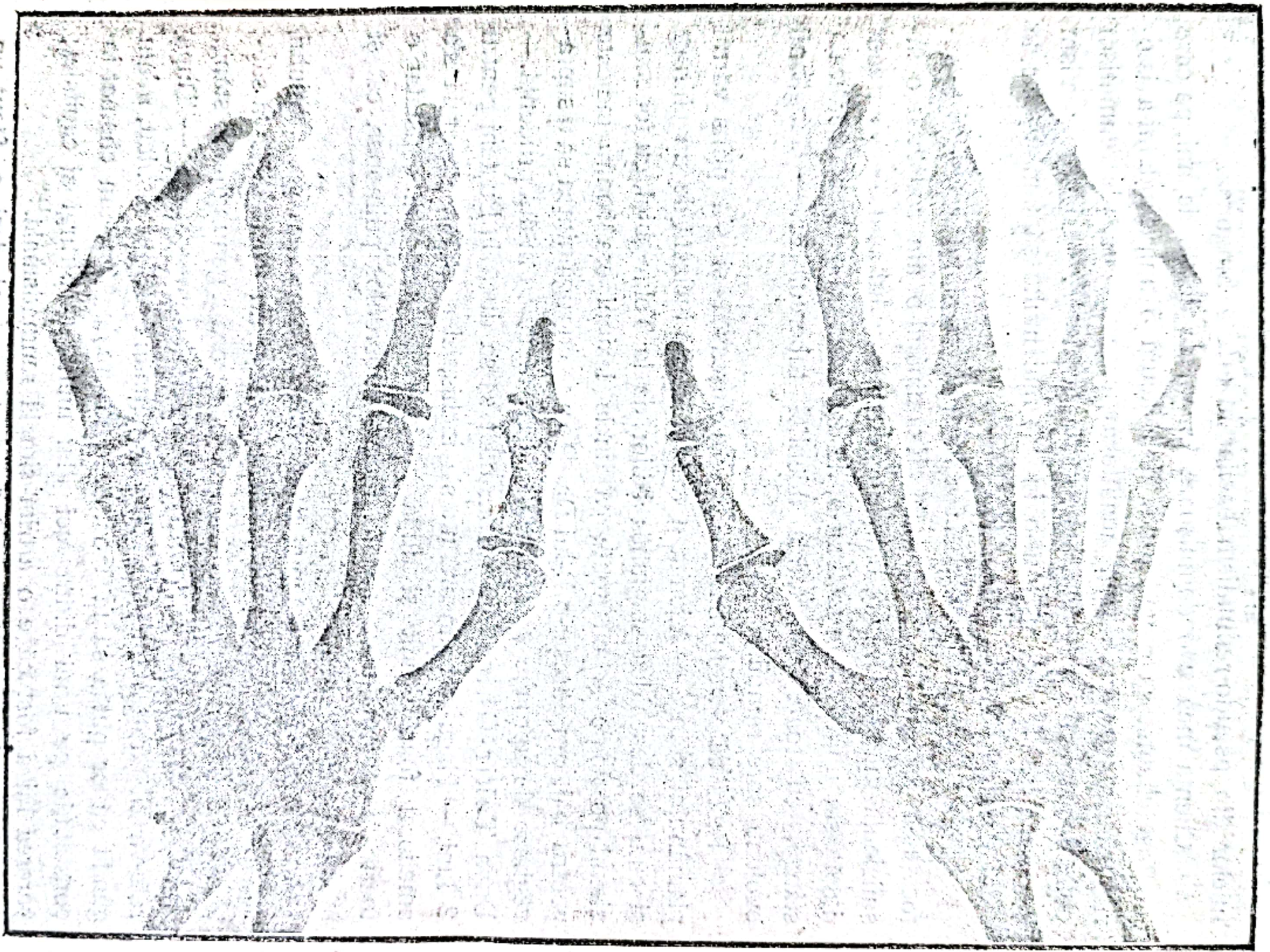
Clienta mea e o domnişoară D. V., ca de 28 de ani, pe care am fost chemat să o văd întâia dată acum 5 ani, când mi-a istorisit că cu câţi-va ani mai înainte avusese un atac de reumatism poliarticular acut, cu predominenţă la genunchi. — Un reumatism de formă rebelă care a ţinut-o în pat mai multe săptămâni, dar de care a isprăvit prin a se vindeca.

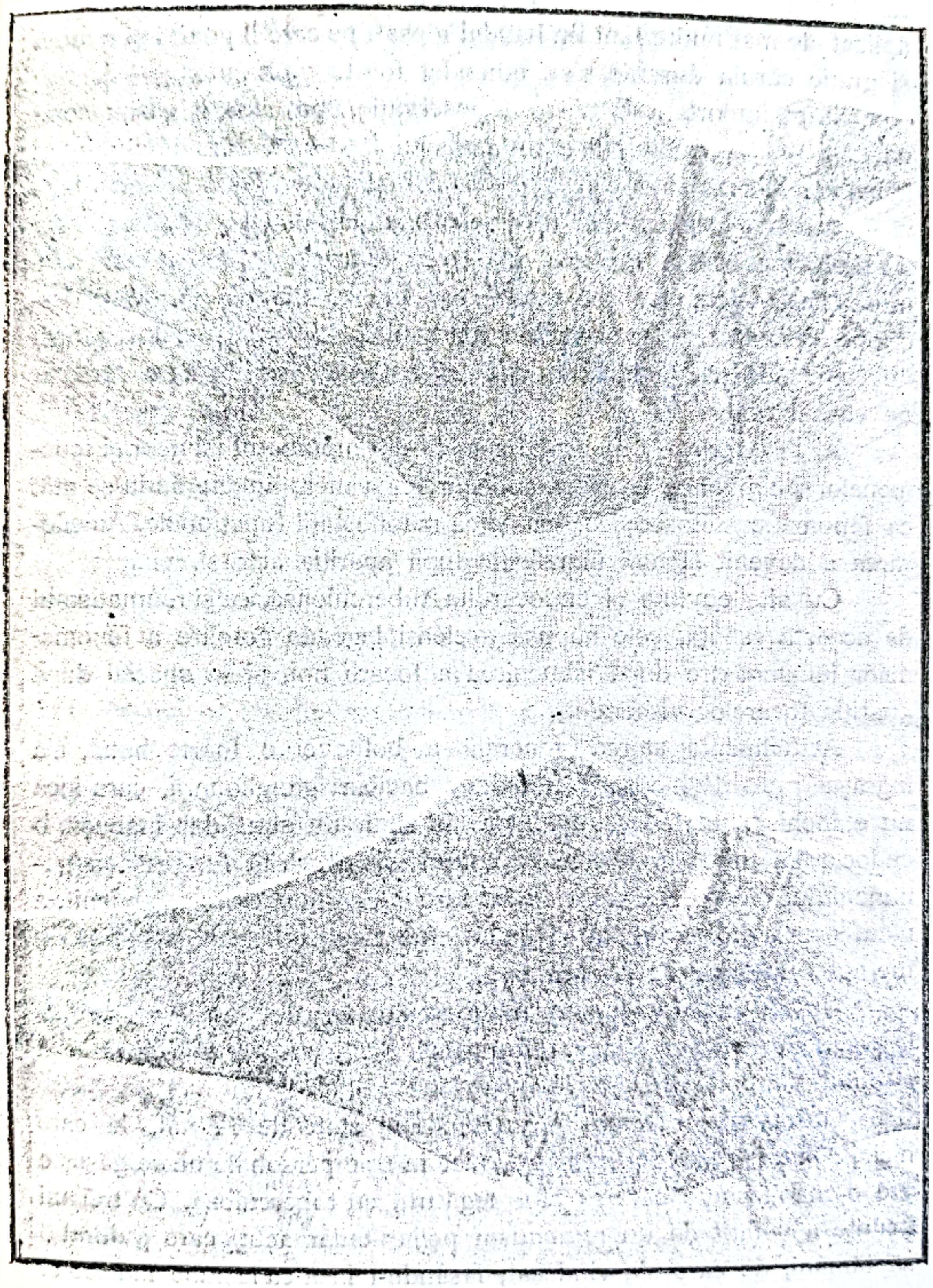
La vre un an după aceia a început să simtă palpitaţii şi sufocaţii la cea mai mică oboseală. Examinând-o am constatat o insuficienţă mitrală, urmare banale a reumatismului acut. — N'a trecut după asta un an şi am revăzut-o, de data asta cu o adenită cerdicală stângă, cu toate caracterele adenitei tuberculoase. — Ganglionii evoluau spre ramolire.

Peste câte-va luni a început să tuşească şi s'a prins vârful plămânului stâng. — Adenita a trebuit să fie incizată de un chirurg şi cum se deschidea stagiunea băilor de la Tekir-ghiol, cu tot complexul potologic şi cu toate că unele leziuni era contra indicate pentru băi, am adresat-o D-lui Dr. Dona, cu rugămintea să o supravegheze de aproape şi să-i administreze băile cu multă prudenţă.— După Tekir-Ghiol iam recomandat să se ducă la Buşteni pentru 2 luni. — Plaga ganglioeară nu s'a închis, dar starea generală s'a ameliorat foarte mult şi după un an revăzând-o am constatat o foarte mare ameliorare atât în focarul tuberculos pulmonar, cât şi în fenomenele cardiace.

Anul trecut însă a început să o doară încheetura genunchiului stâng, era la ţară, până să vie la Bucureşti au trecut câte-va săptămâni, când am revăzut-o avea o hidartroză a genunghiului stâng, destul de pronunţate şi dureroasă, dar fără temperatură. — După câte-va zile de tratament salicitic ne obţinând nici un resultat, m'am gândit că or putea să facă o artrită tuberculoasă şi am chemat în consultaţie pe unul dintre cei mai meritoşi chirurgi ai capitalei; părerea lui a fost că e o artrită simplă reumatismală.

Artrita însă continua a fi foarte tenace, şi deşi a făcut un seson la Tekir-ghiol s'a întors aproape ne amelioralâ şi cu durerile în aceiaşi stare. — Revăzând-o din nou am constatat că genunchiul lua din ce în ce caracterul artritei fungoase. — Revăzută de chirurgul





care o văzuse înainte, s'a confirmat diagnosticul de artrită tuberculoasă. — Pe motive psichologice nu s'a putut face nici oftalmoreacţiunea nici injecţiuni cu tuberculină sau cuti-reacţiunea. — I s'a aplicat de mai multe luni un bandaj gipsat, pe care îl poartă şi acuma şi graţie căruia durerile s'au amendat foarte mult.

Fapt important în această observaţie, pe care îl găsim semnalat şi în câte-va din observaţiunele lui Poncet, care de altminteri a inspirat Theza lui Chambelland, este localizarea endocardică.

Această localizare în tuberculoza medicală a fost semnalată de mult, încă de la 1865 de Pollock, dar ca urmare a reumatismului tuberculos, sau ca legiune paralelă cu dânsul, e de o descripţie recentă. — Aceasta nsă n'are nimic de surprinzător pentru noi când ştim că endocardul nu este alt-ceva de cât o seroasă ne vasculară.

A doua parte importantă este că din momentul isbucnirei fenomenelor pulmonare, lesiunea endocardică a mers ameliorându-se atât ca fenomene stetoscopice, cât şi ca manifestăţii funcţionale. Ameliorarea a devenit şi mai manifestă după apariţia artritei.

Cu alte cuvinte şi endocardita tuberculoasă, ca şi reumatismul de această esenţă, este supusă aceleaşi lege de potolire a fenomenelor inflamatoare după isbucnirea a focare noi, şi în special după apariţia focarelor viscerale.

Actualmente starea generală a bolnavei e foarte bună, s'a îngrăşat mult deşi posedă o leziune bacilară ganglionară, care încă nu e închisă, un focar pulmonar, de sigur nu stins dar înăbuşit, o endocardită mistrală de aceiaşi natură şi o artrită fungeasă a genunchiului stâng. S'ar zice că fie-care focar nou care a isbucnit, a făcut operă de sero-therapie pentru focarele mai vechi, dar o sero-therapie ameliorativă nu curativă.

Un alt caz de reumatism tuberculos cu atingere endocardică îl găsim între observaţiile profesorului Buicliu, publicate în teza D-nului Victor Dimitrescu.

Observaţia să referă la un tânăr în etate de 17 ani, la care nici în antecedentele-i ereditare, nici în cele personale nu se găseşte vre o manifestaţie care să aibă legătură cu tuberculoza. Cu trei ani înainte a suferit de un reumatism poliarticular acut, care a durat 6 săptămâni, de care s'a vindecat, lăsându-i însă ca leziune indelebilă o endocardită mitrală caracterizată printr'un suflu sistolic la vârf şi o desdoire a timpului al II-lea la basă.

Timp de doi ani bolnavul s'a bucurat de o sănătate mulţumitoare. După acest interval survine un nou atac de reumatism poliarticular acut.

Două săptămâni după debutul acestui atac, bolnavul fu atins de hemoptizii, cari au durat 2 săptămâni. — La auscultaţiunea toracelui se constată în scobitura supraspinoasă stângă raluri subcrepitante fine; iar la percuţie o uşoară submatitate. — S'a diagnosticat un înfarct pulmonar de origină endocardică.

Timpul însă a venit să dea desminţire acestui diagnostic, pentru că starea generală a mers agravându-se, a survenit febră, sudori nocturne, tuse cu expcetoraţie muco purulentă, apoi suflu cavernos. — Făcându-se examenul microscopic al sputelor s'a constatat prezenţa bacilului Koch.

In faţa stărei pulmonare grave, simptomele articulare s'au ameliorat foarte mult.

Bolnavul în scurt timp a sucombat de tuberculoză pulmonară.

Actualmente în serviciul prof. Buicliu se mai păseşte un bolnav I. C. culcat la patul No. 27, atins de reumatism tuberculos cu complicaţie endocardică, interesant prin faptul că intră în joc şi elementul ereditate.

I. C. e în etate de 27 de ani, atins pentru a 5-a oară de un acces de reumatism poliarticular acut.

Mama sa, ne spune bolnavul, a murit în urmă unei boli lungi în timpul căreia tuşea, scuipa mult şi avea şi hemoptisii din când în când. — Cu multă probabilitate dar tuberculoză pulmonară. — Tatăl trăeşte şi astă-zi şi să bucură de o deplină sănătate. Au fost 3 fraţi din care unul a murit în etate de 2 ani, nu ştie de ce boală, ceilalţi doi sunt sănătoşi.

Bolnavul nostru a suferit în copilărie de variolă şi febră palustră; iar pe la vârsta de 15 ani a avut primul atac de reumatism poliarticular acut, care l'a ţinut în pat, la spitalul din Braşov, aproape 6 luni. In urma acestui atac a rămas cu bătăi de inimă şi dispune de sforţ. — De atunci la intervale ne regulate a avut vre-o 4 atacuri de reumatism, cari n'au mai durat de cât căte 2—3 săptămâni.

Actualmente a intrat în spital cu un nou atac de reumatism poliarticular, în timpul căruia a tuşit puţin şi a expectorat într'o dimineaţă o spută striată cu sânge. Pe lângă aceasta se mai constată la dânsul o leziune mitrală complectă, ajunsă în stare de hyposistolie, pentru că avea ezdem al membrelor inferioare. — In articulaţiile genunchiului se constată lichid; ele nu sunt dureroase. Articulaţiile umerilor şi a coatelor sunt tumefiate şi dureroase, mişcările sunt anevoioase şi limitate.

Din partea plămânilor submatitate la vârful stâng, în scobitura supra spinoasă. — La vârful stâng respiraţia aspră şi expiraţia prelungită în faţă şi în spate. — Vitraţiile exagerate. — Cracmente în timpul tusei.

Semnul cubitalului positiv din partea dreaptă. — Oftalmoreacţiunea pozitivă.

La intrare temperatura normală; peste 2—3 zile însă a început a se ridica, făcând o curbă termică prelungită, cu o ascensiune maximă până la $39^{0},_{2}$ a scăpat din nou şi iarăşi s'a ridicat, repetând ast-fel trei cutelic identice. La fie-care ridicare de temperatură apărea câte o înrăutăţire a stărei articulare şi o exagerare a tusei.

Actualmente se găseşte încă în spital suferind de articulaţiile lui.

Recapitulând chestiunea reumatismului tuberculos o putem face sub forma următoare.

Definiţie:

Reumatismul tuberculos face parta din clasa pseudo reumatismelor infecţioase, resultat al înflamaţiunei produse la distanţă de toxina tuberculoasă asupra seroaselor articulare.

Ast-fel fiind reumatismul tuberculos este tot-deauna secundar, adică consecutiv unui focar de tuberculoză viscerală, sau chiar de tuberculoză chirurgicală dar mai rar.

Istoric: Această manifestare a tuberculozei, deşi întrevăzută mai de mult n'a fost afirmată şi nici n'a făcut obiectul unui studiu de la o laltă, până în 1896, când Poncel din Lyon a făcut primele publicaţiūni.

Etiologie: Deşi ne contestat în funcţiune de tuberculoză leziunea articulară în sine nu este datorită bacilului Koch, ci toxinei tuberculoase. Aceasta de alt-fel diferenciază reumatismul de artrita tuberculoasă. — Sunt cazuri însă în cari manifestările articulare încep sub formă de reumatism, şi să transformă cu timpul în tumoră albă.

După părerea lui Arloing, reluată de Bernard şi Gougerot, reumatismul tuberculos ar putea fi un reumatism microbian, cu leziuni tuberculoase ne faliculare, fiind mai mult în funcţiune de tuberculoză înflamatoare provocată printr'o diseminare a bacililor în ţesuturi: acestia însă se găsesc *isolaţi, înpărţiţi şi dispuşi ca să zicem aşa în stare de nustăţi.*

Răutatea lor ar explica insuccesul căutărei.

Anatomie patologică. — Granulia articulară descrisă de Haveron, deşi simulează reumatismul tuberculos, nu trebueşte considerată ca o leziune specifică a acestei manifestaţiuni. Adevăratul reumatism tuberculos, acut şi sub-acut, tipul Poncet, este caracterizat prin leziuni inflamatoare, fără nici o reacţiune specifică. Examenele bactriologice şi însemnările pe medii de cultură a lichiduluĭ extras din articulaţie, n'a dat nici odată nici un resultat. Sero-reacţiunea aglutinantă este mai adese ori a fost positivă. Examenul cytologic ne decis, cele mai adese-ori arată limfocitoză.

Inoculaţiunea la cobay, a fost positivă pe o $^{1}/_{3}$ din cazuri.

In privinţa reumatismului tuberculos cronic procesul anatomopatologic evaluiază în două direcţii în spre atrofia rarefiantă, sau spre un proces plastic hiperostozant, după condiţiunile diferite de virulenţă, sau după modul de atac al agentului cauzal.

Formele clinice. — Se face o deosebire între reumatismul tuberculos para-articular şi reumatismul articular, deşi adese-ori se găsesc leziuni de amândouă felurile pe aceiaşi articulaţie.

Reumatismul articular, după mersul care îl i-a, se împarte în r. tuberculos acut, sub-acud şi cronic. Ori-care din această categorie poate atinge o singură articulaţie sau mai multe luând denumirea de mono sau poli-articular.

In reumatismul sub-cronic distingem următoarele forme:

1. Polisinovita cronică.
2. Poliartrita diformantă.
3. Artrita uscată venită.
1. Reumatismul anchilozant.

Complicaţii. — Aceste complicaţiuni ale reumatismului tuberculos în monografia lui Poncet sunt descrise sub denumirea de localizaţiuni aleorticulare şi cari pot fi:

1. Cardiace.
2. Pleurale.
3. Cerebrale.
4. Medulare.
5. Glandulare.
6. Gastro-intestinale.
7. Genito-urinare.
8. Seculare.
9. Musculare.

10. Cutanate
11. Tendino-fibroase

In afară de complicațiunele endo și pericardice n'am nici o experiență personală prin urmare critica la care voi supune acest capitol nu poate fi de cât destinal.

După cum s'a văzut din relatarea observațiunilor mai sus înșirată, atât prof. Buicliu cât și sub-semnatul am avut prilejul să ne întâlnim cu câte-va complicațiuni endocardice la reumatisanții tuberculoși pe cari i-am observat și prin analogie nu exclud posibilitatea atingerei de aceiași infecțiune și cele-l'alte seroase, surori istologice ale sinovialei articulare. Dar, de la început ne am pus întrebarea de ce endocardita, pericardita sau pleurezia să fie considerate ca o complicație a reumatismului tuberculos, sau ca reumatism tuberculos abarticular, cum le numește prof. Poncet fără ca prin această denumire să-și fixeze intenția pe care nu văd că e alta de cât acea de a mări capitolul reumatismului tuberculos.

După cum sinoviala articulară are dreptul ca sub influența la distanță a infecțiunei tuberculoase să creeze capitolul pseudo-reumatismului tuberculos, care în realitate e un reumatism tuberculos, tot așa cele-l'alte seroase legate au dreptul să poarte denumirea de endocardită, de pericardită, de pleurezie tuberculoasă și chiar de meningism tuberculos, ca să se deosebească de meningita tuberculoasă cu leziuni specifice. Toate aceste atingeri inflamatoare și la dictanță ale tuberculozei evoluând în mod diferit de cât localizările cu leziuni specifice, prezintă un interes foarte mare pentru a fi reluate în studiu în mod separat, după tipicul studiului pe care cu atâta succes l'a făcut Poncet pentru reumatismul tuberculos.

MEDICINA PRACTICĂ

D. DANIELOPOLU

Nou procedeu de diferenţiare al afecţiunilor pulmonare, bazat pe eliminarea salicilatului de sodiu prin pulmon

De la cercetările lui Wanner se ştie că, din punct de vedere al composiţiei chimice, sputa indivizilor cu afecţiuni pulmonare în cari se formează un exudat în alveole, se deosibeşte de sputa bronchitică. Pe când prima conţine multă albumină, substanţa care predomină în cea de-a doua este mucina.

Acelaşi autor a arătat că în primul caz sputa se colorează în roşu cu triacidul lui Ehrlich, în al doilea coloraţia obţinută cu acelaşi reactiv este verde sau albastră.

Reacţiunea lui Wanner nu este însă sigură, de oare-ce în unele inflamaţiuni pulmonare, bacteriile din exudatul albuminos, transformă albuminele în albumose, substanţe cari nu mai dau aceeaşi reacţiune cu triacidul lui Ehrlich.

In şedinţa de la 1 Iulie 1909, a Societăţei de medicină internă de la Viena, Falk şi Tedesko, au indicat un procedeu mai sigur pentru diferenţiarea celor două feluri de spută. Acest procedeu este bazat pe eliminarea salicilatului de sodă prin alveolele pulmonare.

Se procedează în modul următor: se administrează bolnavului două grame de salicilat de sodă şi se caută în sputa culeasă timp de 24 de ore în urmă, dacă această substanţă s'a eliminat. Dacă avem a face cu o afecţiune bronchică, nu vom găsi salicilatul în spută, de oare-ce acidul salicilic nu se elimină prin glandele bronchice. Dacă însă există un exudat alveolar oare-care, care conţine substanţe eliminate din sânge, se va putea constata în spută prin perchlorurul de fer, reacţiunea caracteristică a acidului salicilic.

Pentru această cercetare se procedează ast-fel: Se îndepărtează albuminele şi mucina prin alcool de 96° (o parte spută puţin acidifiată + 5 părţi alcool). Filtratul este concentrat la cald, puţin acidifiat şi tratat cu o sare de plumb. Se filtrează şi se agită în urmă lichidul filtrat cu eter, care extrage acidul salicilic, a cărui prezenţă poate fi bine demonstrată prin coloraţia violetă pe care o dă cu o soluţie de perchlorur de fer.

Reacţiunea este negativă în sputa indivizilor atinşi de bronchită acută, cronică, bronchiectezie. Din contră în sputa pneumonică reacţiunea este totdeauna pozitivă. De asemenea în bronchopneumonie.

Autorul n'a întins cercetările sale asupra eliminărei acestei substanţe în edemul pulmonar activ sau pasiv, în congestiile pulmonare pasive.

In tuberculoza pulmonară cronică înaintată, reacţiunea este slabă. Ea este însă intensă în tuberculosa pulmonară cu mers rapid.

FAPTE CLINICE

SPITALUL MILITAR „REGINA ELISABETA“

Medic Colonel Dr. M. CĂLINESCU şi medic ajutor Dr. V. GOMOIU

O anomalie rară în migraţiunea testiculului

(Ectopie testiculară inguinală stângă, cu descinderea complectă în burse a epididimului şi a canalului deferent).

Este un lucru prea cunoscut — că testiculul naşte şi se desvoltă în abdomen şi că de aci evadează, către luna a 7-a, pentru a se cobori în burse, în locul normal pe care'l ocupă mai târziu; aci el este fixat printr'un tractus conjonctiv numit gubernaculum testis şi prin aparatul său vascular care, deşi 'i permite o mare mobilitate, îi asigură totuşi fixitatea orientaţiunei sale (Sebileau.)(1)

Ori, fie-care din aceste fenomene, care compun istoria anatomică a testiculului, pot, dintr'o cauză oare-care, să dea loc la diferite anomalii. După stadiul în care survin, adică după fenomenul interesat, aceste anomalii se împart în mod firesc în două categorii:

---

(1) P. Sebileau. Maladies du testicule et du cordon spermatique, în *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, de A. Le Dentu et P. Delbet, T. X, p. 1 Paris 1901.

Anomalii de desvoltare și

Anomalii de migrațiune.

Dar, „on a remarqué avec raison, zice Ch. Monod et O. Terrilon, (1) que cette distinction n'est pas en réalité aussi tranchée qu'elle semble l'être au premier abord. De même qu'en anatomie normale il est impossible de séparer absolument l'étude de développement de celle de la migration du testicule, de même, au point de vue des anomalies, qui leur correspondent, on est obiigé de reconnaître une reelle connexité entre ces deux modes d'évolution de la glande. Un défaut dans le développement du testicule pourra troubler sa migration normale; et, inversement, une migration défectuense entravera nécessairement son développement régulier".

A Le Dentu, (2) și după dânsul Monod, Godard, (3) și mai toți autorii, grupează aceste anomalii, după cum urmează:

I. Anomalii prin viciu de desvoltare:

a) Anomalii de număr . . . .
- prin exces . . . . Polyorchidia
- prin lipsă
  - reală (absență) Anorchidie
  - Aparentă (fusiune) Synorchidie

b) Anomalii de volum . . . . . .
- prin exces . . . . . Hipertofia
- prin lipsă . . . . . Atrofia

II. Anomalii prin viciu de migrațiune:

Acestea se împart și ele în două categorii, după cum intereseaza un testicul care se găsește deja așezat în locul său normal, sau unul care se găsește pe drum — în descindere:

a) Anomalii de testicul scoborit . . . . Inversiunea

b) Anomalli de testicul ne coborit (Ectopia) — în afara drumului normal — într'un punct al parcursului normal etc.

Cuvântul ectopie (εκ τοπος) este un termen generic prin care se designează ori-ce posițiune pe care o ocupă testiculul — alta de cât acea din fundul burselor, unde își are sediul normal.

---

(1) Ch. Monod et O. Terrillon. *Traité des maladies du testicule et de ses annexes.* Ed. G. Masson, Paris, 1889.

(2) Le Dentu. Des anomalies du testicule *Thèse d'agrégation,* Paris 1869, 168 pag.

(3) Godard. Recherches tératologiques sur l'appareil séminal de l'homme, Paris 1860, 148 pag.

Kocher denumeşte aceste stări anormale — retenţiuni testiculare, iar termenul de ectopie îl rezervă numai pentru cazurile în care testiculul, în migraţiunea sa, a parcurs un traiect îndelungat, dar a deviat de la calea normală. Larrey şi Lecompte (1) întrebuinţează termenul de inclusiune testiculară, iar Goubaux şi Follin (2) generalisează pe acela de cryptorchidie.

Toţi aceşti termeni: inclusiune, retenţiune, cryptorchidie, ca şi acela de monorchidie al lui Godard (3) convin numai unor anumite stări dar nu se pot generalisa căci, în migraţiunea lui, testiculul poate rămâne, în adevăr inclus, reţinut,—ascuns, în abdomen, dând impresia unei monorchidii sau chiar a unei anorchidii complecte (în cazul când inclusiunea e bilaterală) dar, alte ori, în loc de a rămâne pe laturile coloanei lombare, sau în fosa iliacă, sau înăuntrul canalului inguinal, din contră testiculul apare manifest la nivelul pubisului, oprindu-se aci, ori coboară mai departe, dar în loc să descindă în scrot, ajunge să ocupe faţa internă a coapsei, ori îşi ia sediul în regiunea perineului, etc.

Termenul generic „ectopie“ convine deci cel mai bine pentru a denumi toate aceste stări anormale, pe care Ch. Monod şi Terrillon le divid în două categorii, numindu-le foarte bine, pe cele dintâi — migraţiuni incomplecte, iar pe cele din urmă — migraţiuni vicioase.

Ectopiile testiculare, în genere, constitue o afecţiune destul de comună, căci Rennes, pe 3600 examinaţi, a întâlnit-o de 6 ori; Marschall, pe 10800 de tineri, a găsit 11 cazuri; Wrisberg, pe 93 noi născuţi examinaţi, dă o cifră colosală de 23 de ectopici.

Categoriile de ectopii, şi mai ales a celorlalte feluri de anomalii testiculare, coprind un număr infinit de varietăţi — după cum ele sunt uni — sau bilaterale, după posiţiunea în care se găseşte testiculul, după cum anomalia interesează întreg aparatul sexual, sau numai glanda (testiculul), ori epididimul, ori numai căile excretorii, etc, dar, dintre varietăţile de ectopii, acea inguinală este cea mai frequentă şi fie-care a avut ocaziunea să întâlnească prin spitale cel puţin unul sau două cazuri, iar Godard dă pentru aceasta o proporţie de 67°/₀.

---

(1) O. Lecomte. Des ectopies congénitales des testicules et des maladies de ces organes engagés dans l'aine. Thèse, Paris, 1851, No. 159.

(2) Goubaux et Follin. De la cryptorchide chez l'homme et les principaux animaux domestiques. Memoires de la Société de Biologie 1855, pag. 293.

(3) Godard. Études sur la monorchidie et la cryptorchidie ches l'homme. Memoires de la Société de Biologie, 1855, T. III, pag. 315.

Aşa fiind, cazul care face subiectul studiului de faţă, şi pe care bine 'l am numit „ectopie" n'ar prezenta prea mult interes dacă ar fi vorba de o simplă ectopie testiculară inguinală. Dar, pe lângă importanţa, mai mult sau mai puţin mare, ce au fie-care din cele alte categorii şi varietăţi de anomalii testiculare; — pe lângă importanţa pe care o prezintă în special ectopiile testiculare şi mai ales cele inguinale, zicem cazul care ne-a condus a face aceste consideraţiuni prezintă un interes multiplu. —

Este vorba de un tânăr anume Petru C., în etate de 22 ani, sergent în bat. 2 vânători, intrat în serviciu la 4 Septembre 1909. Acesta ne povesteşte că de un an şi jumătate testiculul stâng a părăsit bursa şi s'a ridicat în sus intrând în canalul inguinal. E atunci, fără să preciseze timpul, a constatat că testiculul se perdea complect în abdomn şi apărea numai în urma sforţărilor sau când sta mai mult timp în picioare. Apariţia aceasta a testiculului în canalul inguinal, se însoţea la început de oare-care jenă iar în ultimul timp ea a devenit foarte dureroasă. Examinând bolnavul, constat în adevăr, după cum 'mi atrăsese atenţiunea, că nu are de cât un singur testicul în burse — anume cel drept, care pare normal atât ca volum cât şi ca consistenţă; Uşoară asimetrie a burselor — cea dreaptă fiind mai proeminentă, prin plenitudinea ei. O palpaţiune superficială, vreau să zic puţin atentă sau prea puţin minuţioasă, mă face să consider scrotul stâng cafiind absolut gol, mai ales sugestionat fiind de apariţia manifestă a testiculului din această parte, în canalul inguinal. In adevăr, în regiunea inguinală se distinge foarte bine, la mijlocul ei, o tumefacţiune rotundă, de mărimea unei nuci, care dă la palpaţie sensaţiunea specială a testiculului. E de notat că palpaţia acestei tumori nu dă bolnavului numai sensaţia de care am vorbit, dar îi provoacă chiar adevărate dureri. Această tumoră se reduce foarte uşor în abdomen, dar nu poate de loc să fie mobilisată, scoborită mai jos de cât mijlocul canalulului inguinal; în unele zile ea este aci manifest aparentă, alte ori ocupă porţiunea cu totul superioară a canalului, iar alte ori se pierde în abdomen, pentru a nu reapare de cât în urma sforţărilor. Ori-cum, apariţia acestei tumori şi prezenţa ei, în traiectul canalului inguinal e însoţită de dureri spontanei foarte accentuate.

Examenul anatomo-clinic, sprijinit de anamnesa bolnavului nu'mi lasă nici o îndoială asupra naturei acestei tumori, şi, socotind că am de aface cu o afecţiune comună — o ectopie testiculară inguinală, m'am limitat la această observaţiune sumară. Singurul fapt ce'mi a părut bizar pentru un moment, era acea ascensiune sine causa a testiculului, dar bolnavul n'a putut să ne dea nici un detaliu nici asupra epocei când testiculul a coborît în burse, sau dacă totdeauna (până acum $1^1/_2$ ani) a ocupat bursa, şi nici asupra împrejurărilor care ar fi putut provoca ascensiunea lui. De alt-fel, local, n'am putut constata apariţia vre-unui punct de hernie; funcţiunile genitale (sexuale) se îndeplinesc normal. In restul corpului n'am constatat nici o altă anomalie organică sau funcţională.

La 19 Septembre se intervine:

După ce se face tualeta obişnuită, am făcut bolnavului o injecţiune intrarachidiană, cu 0.10 ctgr. stovaină; anestesie perfectă, în 3 minute.

Am făcut o incisiune de 4 ctm. pornind de la nivelul orificiului cutanat, în direcţiunea canalului inguinal. De oare-ce în posiţiuuea de decubit dorsal a bolnavului testiculul dispăruse în abdomen, am pus bolnavul să facă sforţări şi ast-fel expulzându'l am putut să'l prind în plagă. Am constatat atunci că acest testicul de un volum mult mai mic de cât congenerul său, era închis în interiorul unui fund de sac peritoneal — un fel de sac herniar, cu pereţi alburii, groşi; aci era fixat printr'un fel de meso (mesorchis) format de acelaşi sac şi care nu'i permitea de cât o foarte restrânsă mobilitate individuală.

Prin interiorul acestui meso, testiculul primea vasele sale nutritive care'i formau un adevărat cordon — ca cel spermatic dar mai subţire. Ridicând acest testicul în sus, împreună cu sacul în care era conţinut, am constatat, nu fără surprisă, că din extremitatea şi oare-cum dintr'o parte laterală a sacului, se continua, un fel de cordon fibros, subţire, în direcţiunea canalului inguinal — către spina pubisului. Urmărind aceasta, şi căutând a goli complect canalul inguinal, mi-am dat seamă că conţinea un adevărat cordon spermatic, cu vase, din mijlocul cărora nu lipsea canalul deferent. Am trecut degetul pe dedesubt şi'l am atras în sus; acest cordon mergea până în fundul bursei stângi, de unde îl am atras foarte uşor. El conţinea canalul deferent întreg de formă şi grosime normală, împreună cu epididimul, care era puţin mai micşorat de cât unul normal. Nu lipsea deci de aci de cât testiculul care era închis sus în canalul inguinal. (Fig. 1.)

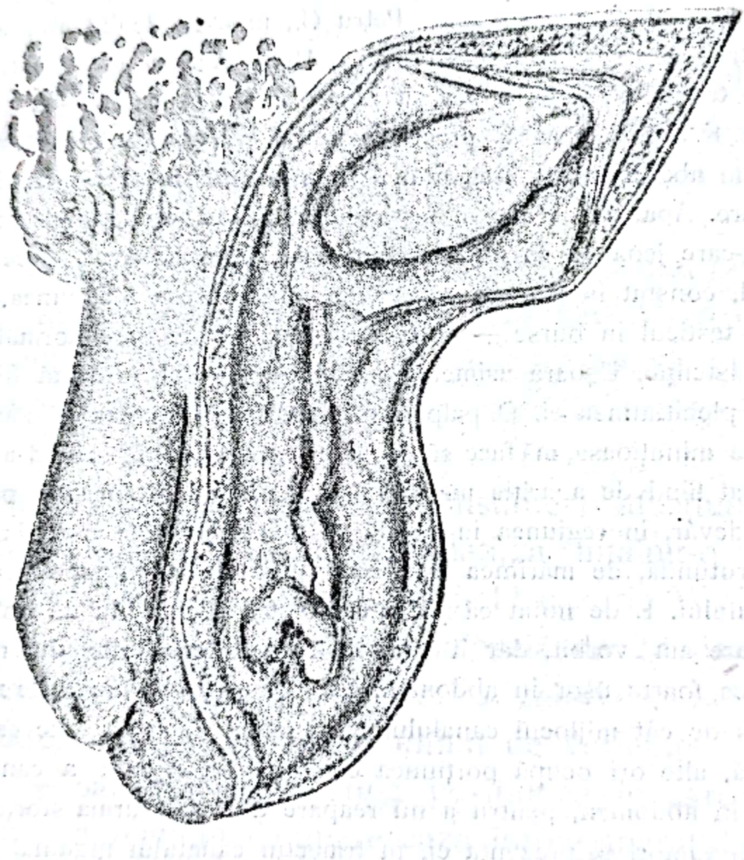


Fig. 1.

Am isolat prelungind puţin incisia cutanată, pediculul vascular al testiculului de sacul peritoneal, apoi, am legat pediculul şi am îndepărtat testiculul pe care, pe de o parte era imposibil a'l coborî, iar pe de alta, în casul de faţă, prezenţa lui era chiar nocivă (atrofiat şi dureros). Am tratat sacul herniar, pe care'l am legat şi'l am rezecat. Apoi, din al doilea cordon — pe care'l aşi putea considera ca adevăratul cordon spermatic, am isolat şi legat vasele şi canalul deferent, pe care'l-am rezecat atât cât de sus am putut duce legătura. In urmă, am refăcut peretele abdominal, închizându'l în etage, prin fire întrerupte.

Cazul de faţă prezintă deci, un prim fapt demn de remarcat — anume, ascensiunea testiculului, din bursă, în inguină şi apoi în abdomen; — este deci, un punct important în evoluţiunea, în migraţiunea acestui testicul.

Nu ne încercăm să dăm nici o explicaţiune acestui fapt, de oare-ce nu putem aduce nici un argument infailibil ipotezelor pe care suntem conduşi a le face, dar ne mulţumim să semnalăm că literatura medicală coprinde cel puţin un caz similar cu acesta — şi anume, acela care a servit drept subiect unei lecţiuni clinice a lui S. Duplay (1) la Hôtel-Dieu (Paris):

Este vorba de un tânăr de 19 ani. In examenul clinic, bolnavul atrage atenţiunea că scrotul nu conţine de cât un singur testicul, cel din partea stângă. Intru cât priveşte testiculul drept, actualmente absent din serot, el s'ar fi urcat în regiunea inguinală pe la etatea de 13 ani, apoi, în puţin timp ar fi dispărut în abdomen; reapariţiunea lui se însoţea de dureri vii în inguina corespondentă, dureri cari se calmau după dispariţia testiculului.

Aceleaşi fenomene s'ar fi reprodus, în diferite rânduri şi la intervale mai mult sau mai puţin depărtate, caracterizate fie-care dată prin apariţiunea testiculului în regiunea inguinală dreaptă, coincidând cu dureri foarte vii, cari cedau spontaneu îndată ce glanda dispărea din nou sub influenţa repaosului în pat.

In luna Octombrie, adică la două luni, s'a produs o asemenea criză, dar de data aceasta, accidentele au prezentat o gravitate excepţională. In timpul lucrului, bolnavul a resimţit brusc o durere în inguină, şi atunci a constatat prezenţa testiculului drept la partea inferioară a canalului inguinal şi chiar puţin în afara orificiului extern. Glanda era extrem de sensibilă la cea mai mică presiune, şi cea mai mică mişcare a membrului inferior drept, determina la nivelul său dureri foarte vii. In aceste condiţiuni bolnavul fu constrâns să intre în spital. Atunci, se constată prezenţa testiculului în afara canalului inguinal. După patru zile de repaos, testiculul se urcase în canalul inguinal şi durerile au încetat, aşa că bolnavul a părăsit spitalul refuzând intervenţia.

După două luni, bolnavul reintră în serviciu, decis a primi tratamentul ce se va crede necesar.

---

(1) S. Duplay. Ectopie testiculaire inguinale. *Cliniques chirurgicales*, de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1900, T. III, pag. 199.

După intrarea în spital, pe când era la scaun, a simţit o durere extrem de vie, aproape sincopală, în timp ce testiculul a trecut canalul inguinal; de a doua zi, glanda s'a reurcat în canal şi durerile au dispărut,

„Si nous procédons à l'examen méthodique, zice autorul, etc. etc....Du côté droit, il n'y a pas de testicule dans les bourses mais, à la région inguinale, on distingue plus ou moins, nettement, suivant les jours, une tuméfaction légère, mais, apparente à la vue, qui tantôt occupe le canal inguinal, à sa partie moyenne ou à sa partie inférieure, tantôt se montre au-dessous de l'orifice externe, immédiatement sous la peau. Toutefois, certains, jours, il est impossible de retrouver cette tuméfaction en aucun point du canal inguinal, etc."

Mai departe, în cursul lecţiunei sale, Duplay semnalează un alt fapt analog cu acel observat în cazul nostru, dar nu dă nici o explicaţiune nici celei dintâi şi nici acestuia: „Enfin, il est une disposition particulière qui peut donner lieu à une erreur de diagnostic et que vous devez connaître. Je veux parler de certains cas, dans lesquels, le testicule ayant été arreté dans le canal inguinal, l'épididyme s'en est séparè et est descendu jusque dans le fond des bourses".

Aşa dar, cazurile de acest gen, în categoria căror intră al nostru, prezintă destul interes, nu numai din punct de vedere diagnostic, căci „considérant l'épididyme comme le testicule très atrophié, on pourrait éprouver de sérieuses difficultés, pour déterminer la nature de la tumeur inguinale", dar, ele sunt de considerat chiar din punct de vedere al rarităţei lor.

In adevăr, zice Monod şi Terrilon, „Lorsque on procède à l'examen anatomique d'une ectopie testiculaire, on trouve habituellement la glande séminale formée de ses deux parties constituantes, testicule et épididyme, affectant entre elles des rapports normaux".

Cu toate acestea, adaugă autorii citaţi, sunt unele cazuri de ectopie inguinală în care, epididimul şi canalul deferent, sau chiar numai aceasta din urmă îşi continuă migraţiunea lor, coborând până în fundul burselor.

Cel dintâi care a atras atenţiunea asupra acestor cazuri, este Follin în 1851, şi piesele lui demonstrative au fost depuse la la muzeul Dupuytren.

In cazul lui Follin(1) testiculul era fixat în canalul inguinal.

---

(1) Follin. Études anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les atrophies du testicule. Archives générales de Médecine 1851, T. 24, pag. 257.

De la el se desparte un epididim care se lungeşte şi coboară până în scrot, iar aci se continuă cu canalul deferent care urcă în canalul inguinal pentru a ajunge vesicula seminală (fig. 2).

De altfel, chiar înaintea lui Follin, în 1848, Deville (1) semnalează un caz oare-cum analog, în care numai canalul deferent îşi făcuse migraţiunea complectă.

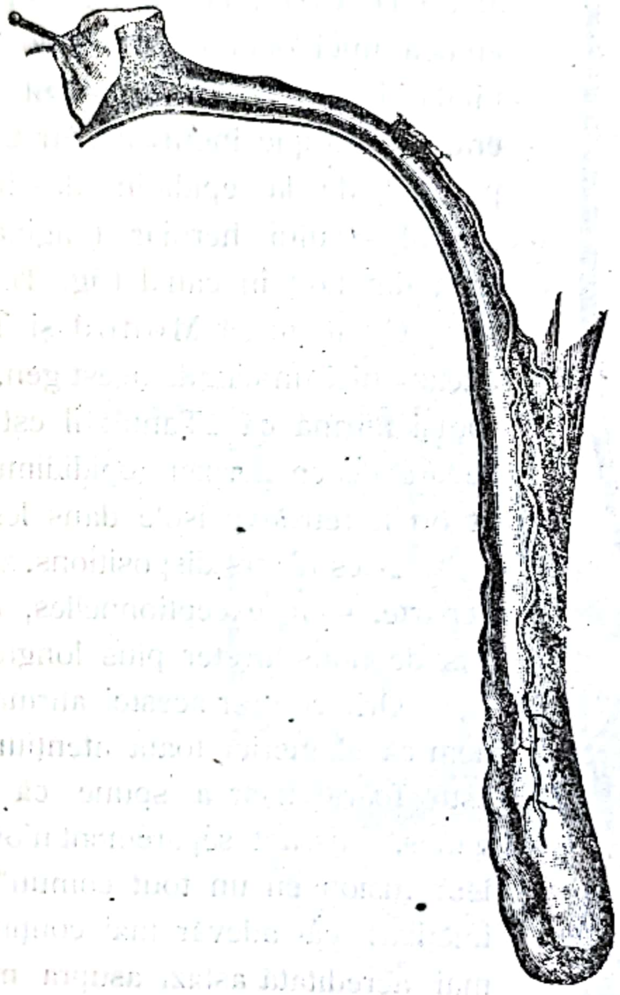


Fig. 2.

In acest caz, testiculul şi epididimul rămaseră în canalul inguinal. Canalul deferent însă, coboară prin inel până în fundul scrotului iar după aceea se urcă din nou în canal, urmându-şi traectul obişnuit şi formând ast-fel o ansă extrem de lungă, aşezată în scrot.

In 1856, Godard (2) semnalează un caz al lui Patrin în care lipsea întreg aparatul seminal (testicul, epididim şi chiar porţiunea terminală a canalului deferent). Nu exista din aceasta de cât o porţiune de canal deferent care-şi făcuse migraţiunea întreagă şi anume, porţiunea scrotală şi inguinală (fig. 3). După cum se vede pe figură, acest canal era aplicat pe punga vaginală (sacul vagino-peritoneal) care aci este insuflat.

---

(1) Deville. Bulletin et mém. de la Sdciété anatomique, Paris 1848, T. 23, pag. 32.

(2) Patrin, citat de Godard, în *Recherches tératologiques*, pag. 28 şi în *Teză*, pag. 33.

Terrilon (1) semnalează de asemenea un caz, analog cu acela al lui Deville, pe care l-a observat cu ocaziunea unei operaţiuni pentru hernie congenitală. In acest caz, testiculul cu epididimul erau în ectopie inguinală, iar canalul deferent pornind de la epididim descindea până în fundul sacului herniar (vaginal) după care urca din nou în canal (fig. 4).

Cu toate că Monod şi Terrillon nu citează nici un caz de acest gen, (ca al nostru), totuşi afirmă cá „Tantôt il est complétement séparé de ce dernier (epididimul de testicul), et on le retrouve isolé dans les bonrses“.

„Ces divers dispositions, zice dânsul mai departe, sont exceptionnelles, et ne méritent pas de nous arrêter plus longtemps.“

Ori, contrar acestei afirmaţiuni, noi credem că el merită toată atenţiunea, căci dacă este foarte uşor a spune că „les deux organes, naissant séparément n'ont jamais opéré leur fusion en un tout comun“, ne întrebăm imediat, cât adevăr mai conţine unica teorie mai acreditată astăzi asupra migraţiunei testiculului — acea după care descinderea lui în burse s'ar datori tracţiunei exercitată de acel gubernaculum testis? Cum se face deci, că gubernuculul reţine testiculul în inguină, iar epididimul şi canalul deferent coboară până în fundul scrotului — el, care e lipsit de un atare motor?

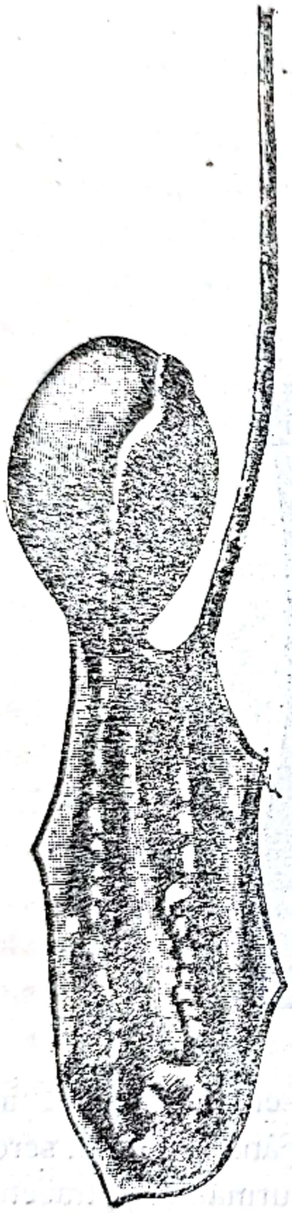


Fig. 3.

Iată deci o chestiune, care, pentru noi cel puţin, pare tot atât de neexplicată încă ca şi acea a ascensiunei testiculului, după ce odată îşi efectuase migraţiunea lui, şi, dacă din punct de vedere practic, această chestiune nu prezintă un interes extrem, apoi cel puţin din punct de vedere ştiinţific, ea ar putea să nu fie complect ignorată. Embriologia e deci îndreptăţită, dacă nu obligată, la minutioase cercetări, spre a-şi corija afirmaţiunile a căror eronare răsare uşor.

---

(1) Ch. Monod et O. Terrillon. *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, Paris, 1889, pag. 44.

De alt-fel, nu este mai puţin adevărat că însuşi Duplay afirmă foarte categoric că „la pathogénie de l'ectopie testiculaire soulève une question très intéresante, mais-qui, malheureusement, n'est pas encore tranchée d'une façon tout à fait satisfaisante. On a proposè, pour expliquer la production de l'ectopie, différentes, hypothéses, qui sont, pour la plupart, absolument insuffisantes", iar mai departe, după ce exune teoria lui Godard şi mecanismul migraţiunei testiculare, declară că „En réalité, la pathogénie de l'ectopie testiculaire est encore mal connue".

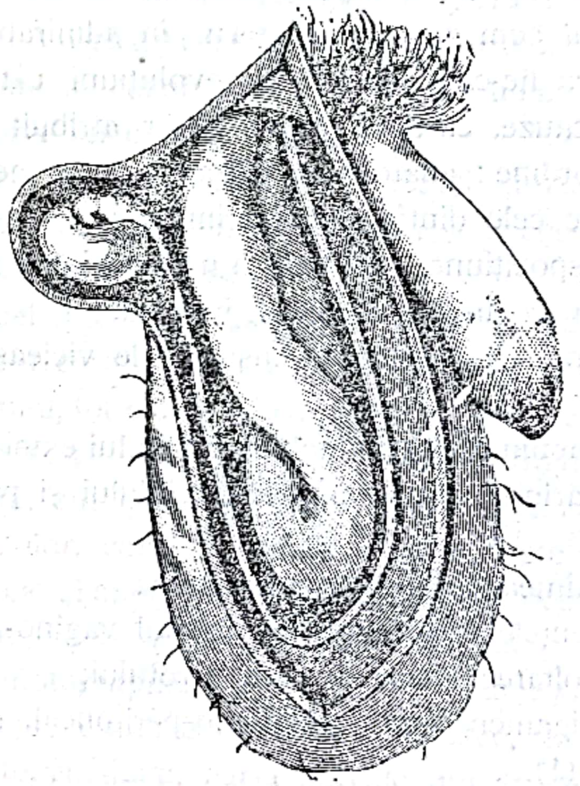


Fig. 4.

Se ştie din embriologie, după părerea adoptată de majoritatea cercetătorilor (Vialleton)(1) că glanda testiculară (canaliculele seminifere) naşte din proliferarea epeteliului germinativ (Waldeyer);

---

(1) Vialleton. Embryologie, in Traite d'Anatomie humaine par Testut, 1901, T. IV, pag. 1067.

canalele excretoare (canalul deferent şi epididimul), nasc din canalul lui Wolff, iar tubii drepţi şi reţeaua lui Haller, care le unesc cu testiculul, nasc din însăşi corpul lui Wolff.

Apoi, se zice iarăşi că, un testicul care 'şi urmează migraţiunea regulată, la un moment dat al vieţei intra-uterine, părăseşte mesoul peritoneal care 'l conţine (mesorchium), urmează agentului său conducător (gubernaculum testis), iar către sfârşitul perioadei fetale, sau în primul timp după naştere, traversează peretele musculo-fibros al abdomenului şi lungindu-şi continuu aparatul său vascular, luneca în scrot.

Pentru a explica multiplele anomalii de migraţiune, imaginaţia autorilor, după cum zice Sebileau, în admirabilul său articol, a născocit pentru fie-care din aceste evoluţiuni câte un impediment.

Aceste cauze, cărora autorii le-au atribuit genesa ectopiilor, sunt de trei ordine: anatomice, pathologice şi mecanice

I. Printre cele dintâi s'au incriminat:

a) O dispoziţiune anormală a mesorchiului, împedicând ast-fel testiculul de a se angaja în inelul inguinal;

b) Absenţa, paralisia, sau inserţiunile viciease ale gubernaculului testis;

c) Strâmptimea congenitală a orificiului exterior al canalului inguinal sau mărimea excesivă a testicululului şi prezentarea lui defectuoasă;

d) Scurtimea cordonului spermatic;

e) Aderenţele cordonului cu canalul vagino-peritoneal;

f) Desvoltarea rudimentară a scrotului;

g) Un ligament orchi-epididymo-peritoneal, invocat de curând de Lebianc (1).

II. In a doua categorie se socotesc, aderenţele contractate de testicul, în diferitele puncte ale abdomenului cu organele vecine şi cari ar fi datorite unei peritonite mai mult sau mai puţin intense.

Ori, dacă este foarte adevărat că fie-care din aceste ipoteze se bazează pe observaţiunea unuia sau mai multor fapte, după cum o dovedesc observaţiunile lui Rocher, Gérard-Marchant, Cadiot, Le Gendre, Bezançon, Jalaguier, Curling, Wrisberg, Simpson, Jobert, Duplay, Malgaigne, Le Dentu, Schwartz, Fajol, Mjllière et Augagneur, etc, dar iarăşi, nu este mai puţin adevărat că, pedeoparte aceste cazuri demonstrative sunt rari iar pe de altă parte, în cazuri de categoria acelui nostru, nici una din ipotezele invocate nu poate răspunde la cestiunile pe care am fost îndreptăţiţi să le punem, şi anume:

---

(1) Leblanc (E). Ectopie testiculaire du à un ligament orchi-epidiymo-péritoneai. *Journal dé l'Anat. et de la physiologie,* Paris, 1909, Vol. 45, p. 298 — 292.

Care a fost cauza fisiologică şi mecanismul care a făcut ca epididimul şi canalul deferent singure să descindă în fundul scrotului, şi ce cauze a intervenit ca să reţină testiculul sus în canalul inguinal?

Apoi, dacă dăm ascultare celor spuse de bolnav, ne întrebăm, care a fost cauza care a provocat urcarea testiculului, în inguină, căci cauzele mecanice invocate de Le Dentu, Fajole (1) (ectopie perineală), Molliere et Augagneur (2) (ectopie crurală), Schwartz (3) etc, nu pot fi invocate în cazul nostru, unde cel mai mic traumatism este exclus din istoria lui clinică?

Sau, în sfârşit, cum se face că aceleaşi cauze invocate de autori, au lucrat atât de diferit asupra unuia şi a celei alte din părţile componente ale organului sexual?

Desigur că cel mai uşor răspuns ar fi să spunem că: acelaşi capriscu (anomalie?) care a făcut ca epididimul să nu se unească nici odată cu testiculul, tot el a presidat şi la migraţiunile lor deosebite.

Pierre Sebileau, recunoscând şi dânsul imposibilitatea de a generaliza vre-una din ipotesele emise, ori de a formula o teorie nouă aplicabilă tutulor, caută explicaţia acestor fapte în ontogenia animală şi spune că „l'anomalie en général n'est point un jeu, une orreur de la nature, mais qu'elle se manifeste, au contraire, tout à la fois comme la photographie d'une disposition ancestrale et comme l'immage, le décalque d'une disposition présentée, au cours et son développement ontogénétique, par l'individe qui an est porteur".

In adevăr, acesta este răspunsul cel mai îndreptăţit, fiind-că până astă-zi, după cum arată Berry Hart (4) în cel mai recent studiu asupra acestei chestiuni, noi nu putem să explicăm în mod

---

(1) K. de Fajole. Contribution à l'étude de l'ectopie testiculaire traumatique Thèse, Montpellier juliet 1896.

(2) Mollière et Augagneur. Art. Testicule, în Dict. eucyclop. des sciences médicales 1886, S. III, T. 16, pag. 586.

(3) Éd. Schwartz. art. Testicule, în Encyclopédie internat. de chirurgie, Paris 1889, T. VII, pag. 537.

(4) Berry Hart. The nature and cause of the physiological descent of the testes; Journal of anatomy aud physiology, Oct. 1909, Vol. XLIV, V. part. I, pag. 4—26.

absolut precis, nici mecanismul descinderei normale a testiculului „We are not yet in a position to explain descent thoroughly, zice autorul, but with a distinct approach to this“.

Din cele ce am văzut până aci nu reiese de cât încă odată confirmarea celor spuse de Goethe, că „natura este o carte care oferă pe toate paginile un mare conţinut“, dar, o repetăm cercetările în această directiune sunt necesare căci chestiunea prezintă o impertanţă destul de mare, pentru a fi justificat în deajuns atâtea si atâtea lucrări noi, chiar în direcţiunea terapeuticei testiculelor ectopiate (Lendorf (1), Villemin (2), Star (3), Johuson (4), Krauze (5), etc, etc.)

SPITALUL MILITAR „REGINA ELISABETA“

Medic colonel Dr. M. CĂLINESCU şi Medic ajutor Dr. V. GOMOIU

Consideraţiuni asupra câtor-va cazuri de hernii rari

Cea ce constitue caracteristica medicinei în genere şi acea ce o înalţă deasupra celor-l'alte profesiuni, este tocmai scopul pe care îl urmăreşte ea: salvarea celui ce ni s'a încredinţat, sufleteşte şi trupeşte.

Dar, mulţimea boalelor pe cari le întàlnim, şi mai ales infinitatea formelor sub care se prezintă aceste boale, fac aproape imposibilă clasificarea şi descrierea lor amănunţită în tratatele ce le avem la îndemână — ori càt de complecte ar fi ele, căci, după cum însă-şi definiţiunea medicinei o spune: „este o ştiinţă vastă prin complexitatea ei“.

---

(1) Lendorf (A). Behandlingen af retentio testis. *Hosp. — Tid.*, Kobenh. 1908, 5. R. I, pag. 1313—1320.

(2) Villemin. L'ectopie testiculaire. *Rev. internat. de méd. et de chir.* Paris, 1909, XX, 1, pag. 23.

(3) Star (F. N. G.) Operation for undesceded testicle. *Canad. J. M. &. S.*, Toronto, 1909, XXV, pag. 167—170.

(4) Johnson (A. B.) Result of operation for undescended testis. *Annals of Surgery*, Phyla. 1909, Vol. XLVIII, pag. 933.

(5) Krauze (L.) Kryptorchism and its treatment. *Medycyna i Kron. lek.* Warszawa, 1909, vol. 44, pag. 155, 183.

Aşa fiind lucrul, mai ales atunci când ne găsim in faţa unor cazuri particulare, avem o îndoită datorie: o datorie primă şi imediată, acea de-a salva viaţa bolnavului în chestiune, şi apoi pe acea de a comunica şi celor-l'alţi experienţa dobândită, pentru ca la rândul lor să o poată utiliza mai bine în folosul cazurilor pe cari le vor întâlni.

Iată deci o motivare a rândurilor de faţă, al căror subiect îl formează una din afecţiunile cele mai comune, asupra căreia ori-ce medic poate fi chemat la un moment dat să intervină, — afecţiune care, în serviciul nostru, dă cel mai mare număr din bolnavii pe cari 'i avem de îngrijit.

De alt-fel, chiar tratatele clasice de chirurgie, cele franceze (Duplay et Reclus, Dentu et Delbet) ca şi cele germane descriu asemenea cazuri într'un capitol aparte intitulat „hernii rari" şi înscriu acolo: hernia diafragmatică, epigastrică, adombilicală, ventrală, obturatoare, lombară, perineală, ischiatică, hernie în teaca dreptului anterior, h. a liniei semilunare, h. organelor genitale interne ale femeei, a uterului gravid, a vesicei urinare.

Apoi, ca varietăţi rare de hernie inguinală, notează: hernia cu inversiune sau migraţiune incomplectă a testiculului, h. cecului şi apendicelui, a colonului, a totalităţei intestinului, a stomacului, a rinichiului, a vesicei urinare, a ovarului, a trompei, a prostatei.

Dar, ori-cât de complecte par atare lucrări, ele conţin încă, după cum vom vedea imediat, o mulţime de lacune şi numai publicarea şi adunarea cazurilor răsleţe le poate complecta.

Punând în legătură cele ce am citit, cu acea ce am văzut, împărţim aşa zisele **hernii rari,** în trei categorii şi anume:

1. Hernii rari, *din punct de vedere al locului* (al regiunei) *pe unde se produc.*

Cu toate consecinţele la care poate expune necunoştinţa lor, sunt unele hernii din această categorie, cum bunioară herniile interne în genere, al căror studiu are o extindere prea mică faţă cu gravitatea lor;

2. Hernii rari, *din punct de vedere al organului herniat.* In această privinţă ţinem să atragem atenţiunea că dacă despre hernia unor organe abia se spune câte-va cuvinte, apoi sunt altele, cum de pildă hernia ureterului, despre care nu se pomeneşte nimic.

3. Hernii rare *din punct de vedere al leziunilor survenite la nivelul herniei.*

Incontestabil că studiul complicaţiunilor la cari pot expune herniile din prima şi a doua categorie, coprinde multe din cazurile de cari vom vorbi aci, dar, fiind-că prin importanţa lor, mai toate leziunile ce nasc la nivelul hernii, (epiploita, apendicita, tuberculoza herniară, etc.) au devenit adevărate entităţi morbide, ele merită a fi clasificate aparte.

Se înţelege foarte bine că de îndată ce statistica se va inbogăţi, de îndată ce studiul acestor cazuri, pe cari astăzi le numim **rari**, va fi bine aprofundat şi consemnat în cărţile didactice, rostul unor atari publicaţiuni va scădea mult, dar până atunci, avem o adevărată datorie de a face cunoscut toate cazurile particulare, pentru a nu ne vedea nevoiţi să ne scuzăm ca Reichel care putea zice: „Ich glaube dass man wird mir keinen zu schweren Vorwurf daraus machen, dass ich die diagnose nicht stellte"; acesta tăiase ureterul herniat, fiind-că nu putuse bănui existenţa lui aci, întru cât nu fusese încă semnalată.

Iată acum şi seria cazurilor noastre de hernii mai rari, pe cari le-am întâlnit în serviciul nostru, din luna Mai până în Decembrie 1909:

I. Din punct de vedere al locului prin care s'a produs (1)

1. *Hernia intestinului subţire printr'o fisură congenitală a mezenterului.*

Este vorba de un tânăr Gh. Fr., care, în noaptea de 16 Octombrie 1909, este brusc apucat de vărsăturl, cari s'au repetat până a doua zi. Vine în spital în dimineaţa zilei de 17 Octombrie, prezentând o paliditate extremă a tegumentelor, ochii escavaţi, limba umedă şi curată. Temperatura era 35.8, pulsul nu se simţea de loc. Abdomenul balonat, cu sonoritate timpanică periombilicală prelungindu-se către epigastru şi ipogastru, iar în flanc şi mai ales în fosa iliacă dreaptă, o matitate foarte pronunţată şi puţin deplasabilă. Presiunea abdominală dureroasă. Percuţia ficatului sensibilă dar nu dureroasă, vesica urinară goală; bolnavul avusese scaun seara. La pulmoni nimic anormal; la cord suflu ce însoţea ambii timpi. Puncţia abdominală a dat un lichid sanguinolent şi puturos. La operaţie se constată că intestinul subţire era angajat pe o mare întindere într'o fisură congenitală a mezenterului şi apoi acesta era în întregime răsucit asupra lui.

---

(1) In această privinţă, cel de al doilea dintre noi, a avut ocaziunea (în serviciul d-lui profesor Th. Ionescu — 1902), să redacteze foaia de observaţiune clinică, a unui tânăr, suferind de hernie lombară, produsă prin triunghiul lui Grynfelt, şi care fusese luată drept un abces rece. Diagnosticul a fost rectificat de d-l dr. Carnabel, pe atunci secundar al serviciului, şi bolnavul tratat ca atare.

Aces caz a fost publicat (1) şi am arătat cu acea ocaziune, pe de o parte imposibilitatea în care ne-am găsit de a preciza diagnosticul, şi am atras atenţiunea asupra prognosticului grav al acestor cazuri, iar pe de altă parte, ca învăţământ terapeutic am opinat că atunci când ansa strangulată este compromisă, să procedàm direct la rezecţia ei, căci lărgind fisura pentru a o putea degaja, riscăm să compromitem şi o parte din ansa sănătoasă, sacrificându-i mezenterul.

II. Din punct de vedere al organelor herniate

1: *Hernia ureterului*

Este vorba de un soldat M. N. care fusese trimes în serviciul nostru, la 4 Noembrie 1909, spre a fi operat de „hernie inguinală dreaptă“.

Din observaţia clinică aşa cum era redactată, nu reieşea alt-ceva de cât că acest bolnav suferea de o hernie inguino-scrotală incomplect reductibilă. Desvoltarea fizică şi intelectuală înapoiată a bolnavului, erau singurul fapt ce atrăgea în deosebi atenţiunea. In special intelectul lui era atât de redus, că n'a putut reţine nimic alt-ceva din evoluţia boalei lui, de cât durerile pe cari le simţea în timpul mersului. La operaţie se constată că eră vorba de un hydrocel vaginal puţin desvoltat, care se prelungea în sus, printr'un con ascendent. In mijlocul cordonului spermatic, foarte îngroşat printr'un ţesut celular lax şi grăsos abondent, s'a găsit un sac herniar cu pereţi foarte îngroşaţi; fundul larg îmbrăca conul hydrocelului, iar baza era de asemenea largă. La partea posterioară a acestui sac, s'a constatat prezenţa unui cordon rotund, de grosimea unei pene de gâscă, care forma o ansă. Caracterele anatomice, sprijinite pe faptul că una din extremităţile ansei, (cea externă) urca în sus în abdomen, iar cealaltă (internă) cobora în pelvis, în jos şi înăuntru înapoia pubisului, ne-au permis să recunoaştem că aveam de a face cu ureterul, pe care l'am redus în pelvis, evitând ast-fel legarea şi secţionarea lui, cu toate consecinţele la care ar fi dat naştere. Bolnavul s'a vindecat fără nici un accident.

Acest caz este extrem de interesant, mai întâi prin raritatea lui, fiind-că în literatura medicală abia sunt citate vre-o 25 de cazuri, iar la noi în ţară este primul caz de acest gen, semnalat (2); nici cărţile clasice n'au înregistrat prezenţa ureterului în sacul herniar şi nici acei cari s'au ocupat la noi cu hernia vesicei urinare, n'au menţionat ceva despre poziţia ureterelor.

---

(1) Dr. M. Călinescu şi V. Gomoiu. — Un caz de torsiunea mezenterului, etc. *Revista Ştiinţelor Medicale*, 1909, No. 11, pag. 1956 — 1072.

Un asemenea caz a mai fost publicat în „Revista Ştiinţelor Medicale“, 1907 de către D-na Dr. Rainer.

(2) Dr. V. Gomoiu. — Un caz de ureterocel. Cercul de studii genito-urinare, Bucureşti, 26 Noembrie 1909.

Aceste cazuri (hernia ureterului), foarte dificile de diagnosticat, fiind-că până acum mai toţi chirurgii le-au diagnosticat numai prin intervenţie, prezintă însă o importanţă şi mai mare din punct de vedere terapeutic, căci până acum, de multe ori el a fost legat şi rezecat în timpul intervenţiunei.

Ureterul herniat, se poate găsi para-peritoneal, extra-peritoneal sau insoţind cystocelul, sau hernia altui organ; poate fi aproape normal, uşor de izolat şi de redus în abdomen, sau poate fi extrem de dilatat, ca o pungă cu pereţi subţiri şi aderenţi, când se impune rezecţia lui şi anastomosa ureterală. Bazaţi pe cazuri ca acela al lui Meissner, suntem conduşi chiar să credem că multe din acele diverticule vesicale, cu pereţi aşa de subţiri că au fost confundate cu sacul herniar, n'au fost probabil de cât pungi ureterale herniate, cari au fost rezecate, fără reparaţie ulterioară şi au dat loc rezultatelor funeste cari s'au semnalat.

Ori-cum ar fi, asemenea fapte ne mai învaţă încă un fapt de mare preţ — acela că, chiar în tratamentul unei afecţiuni atât de banale ca hernia, atenţiunea noastră trebue să fie bine încordată asupra celor ce facem.

2. *Hernia vesicei urinare*

Soldatul B. H. este trimes în serviciul nostru, la 11 Dec. 1909, spre a fi operat de „hernie inguinală, dreaptă, ireductibilă". Prin examenul local, se constată în adevăr că regiunea inguino-scotală este ocupată de o tumoră de mărimea pumnului, coperită de tegumente cam îngroşate, aproape nedureroasă la presiune, mată la percuţie şi nereductibilă în abdomen. Această hernie datează de 15 ani; a crescut treptat şi încet, până în ultimul timp când a început să fie dureroasă şi împedica pe bolnav în mers şi în exerciţiu. In ce priveşte starea generală, bolnavul spune că a fost în totd'auna sănătos, „numai că în ultimul timp pişarea a devenit mai grea". Bolnavul a fost un onanist; acum acusă impostbilitatea de a avea raporturi sexuale, din cauza lipsei de erecţiune.

La intervenţie se constată un sac herniar enorm, cu pereţii subţiri, coborând până în fundul scrotului, unde aderă intim cu vaginala testiculară. Sacul conţine o mare cantitate de epiploon, aderent mai ales la fund, şi care prezintă uşoare leziuni de epiploită. S'a rezecat epiploonul la nivelul eşirei lui din orificiul inquinal superior; s'a cusut baza sacului „în pungă" şi s'a rezecat. In manopera de isolare a sacului, se constată la partea lui internă, şi lipită de dânsul, o masă grăsoasă moale, în mijlocul căreia se simte prin palpaţie un organ mai rezistent, care se continua cu un corp mai voluminos, situat înapoia pubisului. Era vorba de hernia unei porţiuni din vesica urinară. Ureterele nu s'au putut palpa. S'a redus vesica şi apoi s'a reparat spărtura abdominală, printr'un procedeu aponevrotico-myoplastic de necesitate. Bolnavul s'a vindecat fără nici un accident şi mai ales, acea turburare (jenă) în micţiune a dispărut complect.

Chestiunea herniei vesicei poseda deja o statistică destul de bogată și chiar la noi s'au făcut o mulțime de lucrări asupra ei. Ea se găsește astăzi consemnată în toate cărțile și descoperirea bășicei într'o hernie veche și voluminoasă aproape nu mai constitue o surpriză. Aci mai bine ca ori-unde se poate judeca efectul numărului mare de publicațiuni, căci, pe când acum 10 ani, când era mai puțin cunoscută, bășica herniată era tăiată în 8 din 10 cazuri, astăzi acest lucru se întâmplă destul de rar. Și, dacă încă se mai întâmplă pe ici-colea atari accidente, acesta se datorește probabil numai varietăței de forme sub care se prezintă; așa numitele diverticule vesicale care herniază mai adesea iau o mare asemănare cu sacul herniar, așa că atunci când acestea sunt extraperitoneale, când lipsește hernia concomitentă, pot fi ușor luate drept sacuri herniare. In tot cazul, o hernie veche, voluminoasă, ireductibilă, însoțită de turburări urinare și mai ales, întâlnirea în operație, a acelei mase grăsoase care înconjoară sacul (organul ce ni se prezintă), trebue să ne atragă atenția, să bănuim vesica și să o căutăm cu atențiune.

3. *Hernia apendicelui vermiform*

Soldatul T., Gh. trimes în serviciul nostru la 14 Octombre 1909, ca să fie operat pentru „hernie inquino-scrotală dreaptă".

Observația clinică spunea că bolnavul are un orificiu inguinal lărgit în cât permite intrarea degetului mediu, și că în timpul sforțului apare, din abdomen, o tumoră care coboară până în scrot, dar care se reduce cu mare ușurință și fără nici o durere. Bolnavul nu remarcase nici un accident alarmant anterior în această parte.

La intervenție se constată un sac herniar lung, cu pereți subțiri, care conținea apendicele vermicular extrem de lung (10 ctm) și turgid.

S'a făcut rezecția apendicelui, prin sutura în pungă și înfundarea bontului în cecum. Bolnavul s'a vindecat fără nici un accident (1).

Iată deci o surpriză, care, ca toate de felul ei, justifică în destul măsurile riguroase generale, recomandate atât înainte cât și în timpul operațiunei. Asemenea cazuri ne învață bine că, chiar atunci când avem un examen complect și cu atât mai mult, față de un diagnostic mai puțin precis, să ne sterilizăm un câmp operator întins, să luăm toate măsurile de curățenie față de toți factorii (operator și material) care iau parte la intervenție, și mai ales—să avem un prognostic rezervat faţă de tot ce înconjoară operaţiunea căci un aşa zis „fleac“ de hernie, poate foarte bine, pe masa de operaţie, să-şi schimbe eticheta şi prognosticul, transformând felul intervenţiunei, durata ei şi poate chiar să dea loc la consecinţe cu totul neaşteptate. Cazul citat anterior, cum şi acele ce urmează, credem că justifică în deajuns afirmaţiunea noastră.

---

(1) In acest an, medicul secundar al serviciului, D-l Căpitan Dr. Butoianu a operat trei asemenea cazuri; a făcut rezecția apendicelui și bolnavii s'a vindecat perfect, fără nici un anccident.

In ceea ce priveşte rezecţia apendicelui -- nu technica, care este comună — dar însăşi ablaţiunea lui, cu toate recomandările cari încep să se facă in favoarea conservărei, de când cu utilizarea lui în operaţiunea de apendicostomie, aplicată în atâtea afecţiuni, credem că atunci când apendicele coboară în sacul herniar şi atunci când se poate constata pe el cea mai mică urmă de inflamaţie, trebue extirpat.

4. *Hernia apendicelui vermicular inflamat*

(Vezi mai departe cazul; de apendicită herniară).

5. *Hernia colonului iliac*

Soldatul I. M., este trimes în serviciul nostru, la 25 Noembre 1909, spre a fi operat de hernie inquinală stângă. Din observaţia clinică, foarte laconică, se vede că bolnavul purta această hernie de 4 ani, că a crescut treptat şi ajunsese acum la mărimea unui pumn, fără să-i fi provocat serioase turburări. Tumora era moale, sonoră la percuţie şi uşor reductibilă. La 28 Noembre se face operaţia şi se constată un sac herniar cu gâtul foarte larg şi cu pereţii subţiri. Sacul conţine o porţiune din colon, care coboară până la jumătatea lui şi care adera aci prin bride filroase subţiri şi prin frangele epiploice. In fundul sacului se găseşte testiculul normal. După ce s'a liberat şi s'a redus colonul, se închide baza sacului, printr'o sutură în pungă, iar capătul inferior se eversează şi se fixează la stâlpii inquinali, ca pentru hydrocel. Se închide peretele abdominal, după procedeul obişnuit şi vindecarea s'a făcut prin prima intenţie.

Aceste cazuri necesită mai ales prudenţă în desfacerea aderenţelor, pentru a nu crea suprafeţe sîngerânde, cari să provoace noi aderenţe intra-abdominale.

III. Din punct de vedere al coexistenţei lesiunilor.

1. *Hernie crurală şi inguinală în aceaşi parte (în dreapta)*

Este vorba aci de un subofiţer, O. Gh., care vine în serviciul nostru, la 5 Noembre 1909, ca să fie operat de o hernie crurală. Această hernie data de 2 ani şi fusese produsă, cum zicea bolnavul, de sforţările în timpul călăriei. Tumora (hernia) ajunsese acum la volumul unui ou mare de gâscă, şi ocupa triunghiul lui Scarpa; tumora era moale, sonoră, şi uşor reductibilă în abdomen, prin canalul crural.

Se intervine pentru a face cura radicală a herniei crurale, pe cale inguinală, şi se constată atunci în canalul inguinal prezenţa unui al doilea sac destul de voluminos, coborând până în scrot; acest sac avea pereţii subţiri şi era nelocuit.

S'au atras, disecat, isolat şi rezecat ambele sacuri herniare (inguinal şi crural); s'a suturat spărtura largă peritoneală produsă prin rezecţia sacurilor; s'a închis canalul crural prin spinecarea şi aplicarea arcadei lui Fallope, s'a închis peretele abdomino-inguinal prin fire separate fără a mai reface canalul inguinal. Bolnavul s'a vindecat fără nici un accident, per primam intenţionem.

Aci am avut deci a face cu o hernie crurală foarte mare şi o hernie inguinală ascunsă.

2. *Hernie inguinală şi crurală în aceaşi parte (în dreapta)*

Acest cas se raportează la un D-n oficer, T. Gh., intrat în serviciul nostru, la 6 Iulie 1909, spre a fi operat de o hernie inguino-scrotală enormă. Această hernie data de la naştere şi a progresat treptat şi continu din cauza sforţărilor. Timp de 20 ani pacientul a purtat bandagiu herniar, dar în ultimul timp acesta devenise insuficient pentru a conţine organele care herniau. Tumora, care ajunsese acum la volumul unui cap de făt, era coperită de tengumente infiltrate, era dureroasă spontaneu şi mai ales dureroasă la presiune; nu se mai reducea de cât incomplect. In ultimul timp s'au adăugat dureri cu repercuţiune în coloana vertebrală, turburări gastrice şi intestinale, stare de oboseală continuă; bolnavul ajunsese în imposibilitatea de a mai face ore-un exerciţiu.

La operaţie am constatat un sac herniar enorm, aderent, cu pereţii groşi şi ducând direct în abdomen, formând o adevărată eventraţie. In interiorul acestui sac s'a găsit, pe lângă intestin, o masă enormă de epiploon tumefiat, consistent şi aderent. S'a rezecat epiploonul pe o mare întindere. S'a isolat sacul pe cât a fost posibil — până la bază şi s'a rezecat după ce s'a închis prin legături multiple. In manopera de isolare — în tracţiunea exercitată pe sac — s'a văzut apărând la partea lui internă o masă lipomatoasă, care ne-a silit să limităm intervenţiunea de teamă a nu atrage după dânsa vesica urinară. S'a închis peretele abdominal făcând un fel de myoplastie prin plicatura muschilor oblici şi tranversul, fără a mai reconstitui canalul inguinal. Bolnavul s'a vindecat fără nici un accident; reunirea s'a făcut per primam. După două luni revine însă pentru a ne consulta „dacă n'a mai rămas ceva din hernia lui anterioră". Cu această ocaziune am constatat că cicatricea operatorie era foarte rezistentă, peretele abdominal perfect continent, nici o turburare din partea organelor genitale, dar bolnavul purta în aceaşi parte în care era operat, o hernie crurală destul de manifestă, având o formă cilindrică şi conţinând un organ consistent dar care se reducea cu uşurinţă în abdomen. Am avut deci a face cu o hernie inguinală enormă şi o hernie crurala ascunsă. (1)

3. *Hernie inguino-scrotală şi crurală, în aceaşi parte (în dreapta), sac inguinal diverticular.*

Soldatul T. D., vine în serviciu, la 3 Decembre 1909, spre a fi operat de „hernie inguino-scrotală dreaptă". Această hernie data din copilărie şi a crescut încet, fără a'i provoca vre-o turburare serioasă. Are acum mărimea unui pumn, este nedureroasă la presiune, sonoră la percuţie şi inperfect reductibilă în abdomen, căci după reducere scrotul remâne încă voluminos, umplut cu un ce a cărui natură nu se poate precisa.

---

(1) Dr. V. Gomoiu. — Două cazuri de coexistenţa herniei crurale şi inguinale la bărbat, în aceaşi parte — Societatea Ştiinţelor Medicale, Bucureşti, 7 Decembre 1909.

La intervenţie, se constată două sacuri herniare inguinale, coborând paralel în scrot, fără a comunica între ele, dar aderente prin mici tracturi fibroase şi prezentând mici diverticule. Ambele sacuri aveau sus pereţi subţiri. Unul dintr'ânsele (cel intern) era mai lung, cobora până în fundul scrotului şi conţinea testiculul. Fundul acestui sac era foarte gros şi învelit de o cămaşe extrem de îngroşată şi resistentă fibroasă, care era formată probabil de tunica fibroasă a burselor: acestea erau foarte intim aderente şi separaţiunea s'a făcut cu mare greutate. Am eversat acest sac, l'am suspendat la stâlpii inguinali — ca în hydrocel, şi am repus testiculul în burse — în cămaşa fibroasă descrisă.

În manopera de tracţiune pentru isolarea sacurilor, la gâtul seu, am constatat apariţia unei mase grăsoase şi fiind-că prin palpare nu se putea preciza dacă e vre-un organ, am introdus degetul prin peritoneu şi ne-am convins că era numai grăsime, dar am constatat existenţa unei a doua pungi peritoneale cere pătrundea pe sub arcadă în regiunea crurală; această pungă admitea perfect introducerea degetului într'insa. Am atras întreagă punga peritoneală enormă, şi numai atunci a apărut vesica la partea internă; — am aplicat o cusătură în lanţ şi am rezecat sacurile. Am închis orificiul crural şi apoi am refăcut peretele abdominal printr'un procedeu aponevrotico-myoplastic de necesitate. Vindecare fără accidente.

4. *Hernie inguino-scrotală şi hernie recurentă în aceeaşi parte (în stânga)*

Acest caz aparţine unui soldat. S. I., intrat în serviciul nostru, la 25 Iunie 1909, spre a fi operat de „hernie inguinală stângă". Bolnavul remarcase prezenţa acestei hernii de un an, fără a-şi reaminti împrejurările în care a apărut. Tumora ajunsese acum la volumul unui ou şi-i producea dureri violente atât în timpul sforţărilor cât şi în mers. Tumora avea o consistenţă moale şi se reducea uşor în abdomen. La operaţie se constată un sac herniar cu pereţii subţiri, care cobora până în fundul scrotului şi a cărui izolare a fost foarte uşoară. După spinecarea oblicului mare, pentru a putea izola şi lega acest sac cât mai sus, se constată însă prezenţa unui al doilea sac, opus celui dintâi, aşezat cu fundul în sus şi angajat între oblicul mare şi oblicul mic. Ambele sacuri aveau o bază — orificiu de comunicare cu cavitatea mare peritoneală — aproape comun, separate numai printr'un pintene fibros, care forma linia de demarcaţiune între bazele lor. S'au rezecat ambele sacuri şi s'a închis peretele abdominal prin fire separate, distrugând canalul inguinal. Reunirea s'a făcut prin prima intenţie. Era vorba deci de o hernie inguino-scrotală manifestă şi hernie recurentă ascunsă.

5. *Hernie inguino-scrotală şi hernie recurentă, în aceaşi parte* (1).

Acest caz, aproape identic cu cel precedent, aparţine soldatului U. N., intrat în serviciu, la 6 Decembrie 1909, spre a fi operat de „hernie inguinală stângă". Bolnavul purta această hernie de 15 ani, dar nu-l supărase aproape de loc. Tumora ajunsese acum mărimea unui pumn şi cobora până în fundul scrotului; era sonoră la percuţie, indoloră la presiune şi uşor reductibilă.

---

(1) Dr. V. Gomoiu. — Soc. Ştiinţelor Medicale, 25 Ianuarie 1910.

La intervenţie (8 Dec.) se constată, absolut ca şi în cazul precedent, două sacuri herniare opuse prin baza lor şi având acelaşi orificiu de comunicare cu peritoneul, — unul din sacuri coborând în scrot iar cel-alt urcând în sus intre muşchii oblici. Ambele sacuri erau neiocuite în momentul intervenţiunèi, dar aveau o mărime colosală: fie-care permitea introducerea unui pumn mare. S'au rezecat sacurile, s'a închis peretele abdominal. Vindecare perfectă.

Iată o serie de cazuri, cari constitue astăzi o raritate fiind-că statistica lor este foarte săracă şi abea sunt relatate pe ici colea. Pentru noi însă, această raritate este numai aparentă şi avem convingerea că aceste cazuri trebue să fie mult mai frequente dar au scăpat atenţiunei chirurgilor. In adevăr, de câte ori nu s'a constatat o hernie crurală apărând după o operaţie de hernie inguinală sau vice-versa? De câte ori în regiunea inguinală operată n'a apărut foarte repede o altă hernie voluminoasă, care a fost luată drept recidivă? Autorii au căutat să explice asemenea cazuri, de pildă apariţia unei hernii crurale consecutivă operaţiei celei inguinale, zicând că prin fixarea arcadei lui Fallope la marginea externă a dreptului anterior, s'a lărgit canalul crural, dar nu pun de loc în discuţie coexistenţa anterioară a unui atare defect.

Atenţiunea noastră ne-a fost atrasă asupra acestui fapt, mai cu seamă în cazul 1-iu, unde nu bănuiam câtuşi de puţin coexistenţa acelui sac inguinal şi pe care numai întâmplarea a făcut să'l descoperim, intervenind prin calea inguinală.

Aceste cazuri sunt cu deosebire interesante din punct de vedere practic: Pe de o parte ele ne arată superioritatea ce ofera calea inguinală asupra celei crurele, în tratamentul herniei crurale, afară, bine înţeles, de hernii strangulate. Cura radicală se face pe aci tot aşa de bine, ca şi pe cale crurală, iar în alte cazuri avem posibilitatea de a descoperi atari surprize pe cari le tratăm în aceiaşi şedinţă şi prin aceiaşi incisie. Argumentul adus contra acesteia — cum că 'ar slăbi şi peretele inguinal, esteel prea slab, fiind-că atunci-ar trebui să recidiveze toate herniile inguinale operate.

Pe de altă parte tragem de aci învăţătura că, ori de câte ori este vorba de hernii inguinale mai mari, cu deformaţia regiunei, este bine ca, cu degetul întrodus in cavitatea abdominală, să inspectăm inelul şi canalul crural, pentru a ne convinge dacă nu există şi aci o hernie.

Apoi, în ce priveşte coexistenţa herniei recurente, chestiunea este nu mai puţin interesantă, căci, dacă ne-am fi mulţumit a isola şi rezeca sacul herniar numai până la marginea inferioară a oblicului aşa cum fac mulţi chirurgi, de teamă a nu slăbi peretele prin inciziunea muşchiului, n'am fi descoperit acele sacuri ascendente ascunse şi în curând bolnavul ar fi venit cu o nouă herine. Ori, se ştie bine uşurinţa de strangulare şi gravitatea acestor hernii în genere — aşa numite interstiţiale, intraparietale, inguino-superficiale, etc. —apoi, cu atât mai mult în cazul când, prin rezecţia primului sac, am strimptat orificiul celui de al doilea. Apoi, o atare hernie (tumoră) ascunsă sub muşchi, aşezată în partea dreaptă, dureroasă şi cu toate fenomenele unei strangulări, n'ar fi dat ea naştere la erori de diagnostic, mai ales la un bolnav care fusese deja operat de hernie în partea acea? Iată deci o necesitate de a spinteca muşchiul, căci dacă e bine cusut şi nu supurează, se vindecă perfect şi peretele abdominal reconstruit va fi destul de rezistent.

6. *Hernie şi ectopie testiculară inguinală.*

1. Sergentul C. I., intrat în serviciu la 29 Mai 1909, cu hernie inguinală şi ectopie testiculară în dreapta. S'a făcut cura radicală a herniei prin procedeul Championnière cu ablaţiunea testiculului care era prea mic (atrofic) şi cordonul prea scurt pentru a fi permis coborîrea testiculului în scrot.

2. Soldatul A. I., intrat în serviciu la 9 Iunie 1909, cu hernie inguinală şi ectopie testiculară în partea dreaptă. S'a făcut cura radicală a herniei şi s'a aşezat testiculul în burse. Vindecare per primam, rezultat perfect.

3. Soldatul C. I., intrat în serviciu, la 10 Iunie 1909, cu hernie inguino-scrotală dreaptă voluminoasă şi cryptorchidie dreaptă.

4. Soldatul Gh. D., intrat în serviciu, la 7 Noembre, cu punct de hernie şi ectopie testiculară inguinală stângă. S'a făcut cura radicală tratându-se capătul superior al sacului herniar (baza) ca la ori-ce hernie, iar capătul inferior, în care se afla şi testiculul, a fost eversat în jurul acestuia şi fixat la stâlpii inguinali,-ca la hidrocel. Testiculul a fost aşezat în burse. Rezultatul operator şi terapeutic a fost perfect.

5. Soldatul I. C., intrat în serviciu la 25 Noembrie, cu hernie inguino-scrotală dreaptă voluminoasă şi ectopie testiculară inguino-abdominală, ambele congenitale. Se face cura radicală a herniei, se eversează fundul sacului în jurul testiculului şi se aşează în burse, fără altă fixare de cât strimptarea orificiului inguinal inferior şi a intrărei burselor. Rezultatul obţinut a fost perfect: reunirea per primam, testiculul îşi conservă poziţiunea dată.

6. Soldatul V. A. S., intrat în spital la 12 Noembrie 1909; Se constată că are o hernie inguinală oblică externă, dreaptă, entero-epiploică, şi ectopie testiculară inguinală în aceeaşi parte. Se face cura radicală a herniei, după procedeul Bassini, se rezecă epiplonul, şi se fixează testiculul în burse.

7. Soldatul D. G., intrat în serviciu la 25 Noembrie 1905; Se constată o hernie inguinală, oblică externă stângă congenitală, cu ectopie testiculară inguinală, tot în stânga. Se face cura radicală a herniei, după procedeul Prof. Angelescu, şi se coboară testiculul în burse. Rezultat foarte bun.

8. Soldatul D. F., intrat în serviciu la 10 Decembrie 1909. Se constată a avea o hernie inguinală oblică externă stângă, epiploică, congenitală, şi ectopie testiculară inguinală, în aceeaşi parte. Se face cura radicală a herniei, prin procedeul Bassini modificat; Se everseazӑ sacul în jurul testiculului, care se coboară în scrot, şi se fixează această vaginală la stâlpii inguinali.

Alături de acestea, am putea să adăogăm încă alte câte-va cazuri care n'au fost operate, căci bolnavii au refuzat intervenţia.

După cum se vede de aci, cazurile de ectopie testiculară, care prin celelalte spitale apar relativ rar, sunt în realitate destul de frecuente de vreme ce, în 8 luni, am avut atâţia bolnavi.

Fără a pierde din vedere nici un moment posibilitatea degenerărei unui atare testicul, totuşi, considerând satisfacţia morală a bolnavului (1) şi mai ales faţă cu rolul important al secreţiunei interne, suntem de părere ca testiculul să se păstreze ori de câte ori este posibil.

Printr'o izolare, o disecţie îngrijită a cordonului, se ajunge în cele mai multe cazuri, a i se da o lungime suficientă pentru ca testiculul să poată sta în burse, chiar fără să mai fie nevoie de fixare, ci se menţine destul de bine numai prin închiderea (prin câte-va fire) a intrărei burselor. De alt-fel fixarea de fundul scrotului este aproape ilusorie. Castraţiunea să nu se practice de cât în cazuri de atrofie vădită, sau când testiculul e dureros şi când bolnavul o reclamă.

IV. Din punct de vedere al leziunilor inflamatorii supra-adăugate

(1. *Tuberculoza herniară (a sacului)*

Soldatul M. St., este trimes în serviciul nostru, la 7 Iulie 1909 spre a fi operat pentru o „hernie inguinală dreaptă". Nu-şi aminteşte când şi în ce împrejurări a apărut această hernie, care acum ajunsese la mărimea unui pumn; această hernie care a trecut atâta timp aproape neobservată, începuse să-l supere şi mai ales nu se mai putea reduce complect.

Bolnavul nu purtase bandagiu herniar. La intervenţie se constată un sac herniar, cu pereţii uşor îngroşaţi, conţinând puţin lichid şi o porţiune din epiploon cu vârful aderent. In fundul sacului o îngroşare fibroasă formând o placă alburie mată şi groasă. Se rezecă o porţiune din epiploon, se rezecă sacul herniar şi se închide peretele abdominal după procedeul obişnuit. Bolnavul s'a vindecat fără nici un accident. Secţiunile microscopice făcute din acea placă fibroasă au arătat aci prezenţa de celule gigante şi un ţesut de nouă formaţiune, cu proliferaţiune vivace şi muguri vasculari abondenţi (1).

---

(1) Acest fapt nu poate fi contestat; căci pe lângă faptul că mai toţi bolnavii se opun castraţiei, chiar atunci când testiculul prezintă leziuni înaintate, ba chiar chirurgii au recunoscut aceasta, de vreme ce au căutat să introducă testiculele morale, de parafin

2. Soldatul C. D., trimis în serviciu, la 5 Noembrie 1909, spre a fi operat de hernie inguinală dreaptă. Hernia lui data din copilărie şi ajunsese acum la mărimea unui ou de gâscă, fără a-i produce vre-o turburare serioasă. La operaţie se constată un sac herniar mare, cu pereţi foarte subţiri, numai fundul şi gâtul sacului erau foarte îngroşat; pe fundul sacului existau o mulţime de tracturi şi nodosităţi mici fibroase iar la gâtul sacului se constată prezenţa unor noduli rotunzi, foarte proeminenţi, trecând de mărimea unui bob de porumb, foarte limitaţi, şi cu consistenţă fibroasă. In sac puţin lichid. S'a făcut cura radicală a herniei şi bolnavul s'a vindecat per primam intenţionem. Secţiunile făcute din aceşti nodului au arătat că erau formaţi dintr'un ţesut fibros, dens, dar nu s'au găsit bacili nici celule gigante (2).

Turculoza herniară în genere, care părea a fi atât de rară, s'a văzut, de la lucrarea lui Cotte (în Franţa) că este o afecţiune destul de frequentă. Chestiunea localizărei şi a primitivităţei ei în sacul herniar este astăzi pusă în afară de îndoială. D-nii Gomoiu şi Oancea (3) au arătat că tuberculoza herniară poate să fie tot atât de bine primitivă ca şi cea secundară;—că prezenţa bacililor a lipsit chiar în cazuri de tuberculoză secundară indubitabilă — atât din lichidul herniar cât şi din ţesuturi.

Culturile şi mai ales reacţiunea cu tuberculină, au dat rezultate foarte contradictorii. Este foarte adevărat, după cum s'a pronunţat şi d-l Prof. Babeş, în cazurile de faţă, că este foarte greu ca să afirmăm cu certitudine tuberculoza, bazaţi numai pe prezenţa leziunilor macroscopice şi a celulei gigante, iar pe de altă parte, ştim că există procese tuberculoase în regresiune chiar pulmonare unde nu mai găsim aproape nici unul din elementele caracteristice. De alt-fel mai toţi autorii afirmă faptul că tuberculoza aceasta fibroasă, regresivă este forma cea mai rară.

Ori cum ar fi, aceasta constitue încă un factor care pledează pentru precocitatea intervenţiunei în hernie, pentru a nu permite stabilirea unui atare focar aci.

3. *Apendicită herniară.*

Este vorba aci de un soldat, I. D., trimes în serviciul nostru, la 15 Noembre 1909, spre a fi operat de hernie inguinală dreaptă. Hernia lui data de 2 ani şi ajunsese acum la mărimea unui pumn: nu prezenta alt caracter particular de cât că era încomplect reductibilă şi producea bolnavului mari dureri în timpul sforţurilor, atunci când îşi mărea volumul. Anterior, bolnavul avusese din când în când uşoare turburări intestinale dar fără nici un caracter şi au trecut aproape neobservate; n'a avut însă nici odată un atac de apendicită caracteristic. La intervenţie, se constată o hernie inguinală, oblică externă dreaptă, congenitală, entero-epiploică şi apendiculară. In sacul herniar, afară de cele-lalte organe, se găseşte fundul cecului şi întreg apendicele vermicular, care era foarte neregulat, foarte îngroşat, tumefiat mai ales la vârf, şi cu mici kyste seroase pe dânsul. S'a făcut rezecţia apendicelui şi apoi cura radicală a herniei. Plaga a supurat puţin, dar bolnavul s'a vindecat fără alt accident şi mai ales fără nici o reacţiune peritoneală. Secţiunile microscopice făcute din apendicele extirpat, au arătat că era vorba de o inflamaţiune cronică, cu îngroşarea mucoasei, care obstruase complect lumenul apendicular, dar mai ales o îngroşare enormă a stratului muscular — un adevărat myom apendicular (după expresia D-lui prof. Babeş) (1)

---

(1) Dr. V. Gomoiu. Un nou caz de tuberculoză herniară. *Societatea Anatomică*. Bucureşti, 7 Noembrie 1909.

(2) Dr. V. Gomoiu. — Societatea anatomică, Bucureşti, 14 Noembrie 1909.

(3) V. Gomoiu şi N. Oancea. — Tuberculoza herniară. *Revista de chirugie* 1907, No. 12 şi 1908 No. 1, 2 şi 3.

4. Soldatul J. M., este trimes în serviciul nostru, la Decembre 1909, spre a fi operat de „hernie inguinală“. Din observaţiunea clinică săracă în fapte, graţie reminiscenţei slabe a bolnavului, reieşea că era atins de o hernie inguinală banală. Fiind în serviciu, aşteptând operaţia, bolnavul este apucat într'o seară de dureri violente în abdomen, însoţite de vărsături alimentare şi apoi biloase. Am constatat atunci că era vorba de un atac clasic de apendicită, cu dureri generalisate în pîntece şi cu predominenţă în fosa iliacă dreaptă, cu apărare musculară, etc. S'a instituit imediat tratamentul clasic — cu comprese cu ghiaţă, şi dietă, şi în 6 zile fenomenele apendiculare au dispărut complect, rămânând acum ca după un interval de timp să-i se facă intervenţia chirurgicală. Interogând însă pe bolnav anume în această privinţă, am aflat că acum doi ani a avut un prim asemenea atac apendicular tipic.

Iată două cazuri, cari, complectându-se unul pe altul, şi alături de seria celor cunoscute, ne dau o mulţime de învăţăminte. Apendicita herniară în genere, este o afecţiune foarte interesantă de cunoscut, mai ales faţă cu prognosticul ei serios, şi de când Gosselin (1882) a atras atenţiunea asupra rolului pe care 'l joacă apendicele în geneza afecţiunilor abdominale, ea constitue aproape o individualitate pathologică. Este de mirat însă cum în condiţiunile propice în care se găseşte apendicele herniat, el se inflamează destul de rar şi apendicita herniară este mai rară de cât apendicita obişnuită şi de cât hernia apendiculară fără inflamaţie. In special cazul prim este extrem de rar, şi Maaloe din Copenhaga, care a făcut cel mai complect studiu anatomo-patologic asupra apendicelui inflamat, nu înregistrează de cât un singur caz aproape asemănător în ce priveşte obstruarea complectă a lumenului şi îngroşarea muşchiulară excesivă. Ca deducţie terapeutică, cel de al doilea caz ne demonstrează destul de bine că, contrar afirmaţiunei unor autori, va trebui ca ori de câte ori într'o asemenea operaţie se va găsi apendicele atins de leziunî — fie ele chiar cronice — să se facă rezecţia apendicelui, pentru a evita tristele lui manifestări când s'ar aprinde.

---

(1) Dr. V. Gomoiu şi M. Baculescu.—Un cas rar de apendicită herniară —Societatea anatomică, Bucureşti, 5 Decembre 1909.

5. *Epiploită herniară.*

Soldatul A. B. este trimes în serviciul nostru, la Iulie 1909 spre a fi operat de hydrocel vaginal drept. Afecţiunea lui data de $2^1/_2$ ani. A fost vorba de o hernie reductibilă, nesupărătoare la început dar care, cu timpul a devenit ireductibilă şi insuportabilă din cauza durerilor ce-i provoca. In adevăr, în scrotul drept se constată o tumoră mai mare ca un pumn, dureroasă la presiune, dureroasă chiar sportaneu în timpul mersului, şi durerile iradiau în coloana vertebrală; tumora e mată la percuţie şi ne oferă o sensaţie de falşe fluctuaţie; prezintă unele părţi mai consistente, altele mai net fluctuente. La operaţie se constată că era vorba de un sac herniar enorm, în interiorul căruia se găsea o masă considerabilă de epiploon care'şi pierduse aproape toate caracterele. Acest epiploon era tumefiat, edemaţiat, prezentând pe unele locuri o culoare violacee iar în altele-roşu închis; aderenţe intime îl uneau de peretele sacului herniar; între îndoiturile lui şi între el şi sac, mai ales către fund, se formaseră o serie de Kyste pline cu un lichid clar seros. Pentru a putea duce operaţia la un bun sfârşit, a trebuit ca mai întâi să facem un fel de amputaţie la basa sacului şi a epiploonului şi, după ce am tratat bontul epiploic şi am închis peritoneul, apoi am isolat, cu multă greutate, sacul herniar şi'l am îndepărtat împreună cu conţinutul său epiploic. Bolnavul s'a vindecat fără nici un accident.

6. Soldatul I. Gh. intră în serviciul nostru la 15 Novembre 1906, cu o hernie inguino-scrotală ireductibilă în partea stângă. La intervenţie se constată, ca şi în cazul precedent, un sac herniar mare, cu pereţi însă relativ subţiri. Sacul era plin cu tumoră fibro-ligiomatoasă, cu părţi mixomatoase, care adera foarte puţin de pereţii sacului. Această tumoră pierduse cu desăvârşire caracterele ţesutului epiploic şi nimic alt-ceva nu putea permite să-i afirmăm această origină, de cât continuarea ei intraabdominală cu restul epiploonului. S'a făcut rezecţia epiploonului foarte sus şi cura radicală a herniei după metoda obişnuită. Vindecare perfectă, per primam.

Se ştie că epiplocelul este una din varietăţile cele mai frequente de hernie şi cu toate acestea trebue să recunoaştem că epiploita herniară este destul de rară.

Este adevărat că se întâlnesc chiar foarte des aderenţe ale epiplonului în sacul herniar, dar ţesutul îşi păstrează caracterele normale; în afară de epiplocelele strangulate însă, mai rare ori se petrec acî fenomene inflamatorii ce dau naştere epiploitei şi care poate merge până la supuraţie. Ori, dacă faţă cu cercetările noi asupra fisiologiei epiploonului şi, mai ales faţă cu consecinţele la care poate expune rezecţia epliponului (desfacerea legăturei şi producerea unei emoragii interne, aderarea bontului prin suprafaţa de secţiune la unul din organe sau la peretele abdominal şi provocarea unei strangulări, supuraţia bontului, etc.)—zicem, dacă în cazurile de mici aderenţe, suntem de părere a rezeca numai porţiunea aderentă şi a reduce restul epiplonului în abdomen, din contră, ori de câte ori vom constata cea mai mică urmă de alteraţiune a ţesutului, să facem o rezecţie întinsă, cu mult dincolo de gâtul sacului herniar.

Alături de aceste cazuri, am putea cita, mai ales cu privire la formele saculare şi la stările anatomo-patologice, o mulţime de varietăţi de hernii inguinale, care constitue adevărate bizarerii. Dar, tocmai faptul că aceste varietăţi sunt atât de numeroase şi cazurile deja publicate sunt foarte multe şi consemnate în ori-ce tratat, ele nu mai surprind pe nimeni. Cunoştinţa lor este totuşi foarte interesantă, fiind-că ele atrag în tot-deauna modificarea timpilor operatori, şi din acest punct de vedere putem afirma că este greu ca să declari superioritatatea cutărui sau cutărui procedeu operator, căutând a'l generaliza. O mulţime de procedee pot fi ireproşabile în cazurile căror convin, după cum aceleaşi procedee pot fi rele dacă sunt aplicate in alte cazuri. Măestria unui chirurg constă mai întâiu în a şti să-şi aleagă procedeul convenabil cazului în speţă, şi apoi să'l execute perfect; din acest punct de vedere, experienţa (văzând mult şi făcând mult) este cel mai bun profesor.

In speranţa de a ajuta experienţa vizuală a acelor ce nu au ocaziunea să-şi facă pe cea tactilă, am publicat şi aceste cazuri şi în acelaş scop cităm cu mulţumire numele celor ce s'au ocupat la noi cu asemenea chestiuni (1):

Fără a avea pretenţiunea că prin aceasta să fi satisfăcut prea mult cuvintelor lui Wildenbruch, care zice că „cine serveşte cartea, serveşte spiritul iar cine serveşte spiritul, serveşte lumea“, noi facem acea ce mijloacele ne permit, iar cine are posibilitatea să facă mai mult, acela are datoria s'o facă.

---

(1). Butoianu hernia apendicelui; Lazarovici, hernia prin alunare a cercului; Aurian, Georgescu, Racoviceanu, Rizescu, hernia vesicei urinare; Moscovici, hernii inguinale cu conţinut rar; Ionescu, Drăgiescu, tuberculosa herniară: Poenaru, Musceleanu, apendicită herniară. etc.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Medic Colonel Dr. **MIHAIL CĂLINESCU**

Efectivele Medicilor Militari în Statele-Unite ale Americei de Nord și aiurea

In revistele speciale, întâlnim dese ori această chestiune, care ar trebui se preocupe pe ori-care adept convins și sincer al armatelor, și de a cărei rezolvare depiude, într'o mare parte, buna stare sanitară a trupelor.

Mă mărginesc a cita, după No. 3 al revistei medico-militare, „Le caducée“ din 1908, următorul pasagiu adresat de ex-Președintele Roosevelt, cu privire la organizarea medicinei militare în Statele-Unite.

„Corpul sanitar ar trebui să aibă cadre mai largi de cât cele „prevăzute pentru timpul de războiu, și totuși el nu are nici măcar „cele suficiente pentru timpul de pace. Serviciul nu este asigurat. „Nu au trecut nici zece ani de la războiul cu Spania, tn timpul „căruia perderile principale s'au datorit la boale ce au bântuit re„gimente ce nu părăsiseră până atunci teritoriul Statelor-Unite. In „acest moment, națiunea a părut foarte impresionată de acast fapt, „dar s'ar putea crede că l'a și uitat, pentru că nu s'a făcut cea „mai mică sforțare spre a da medicilor armatei cadrele trebuincioase „spre a evita reînoirea unui asemea dezastru. Și totuși ar rezulta „un dezastru cu totul alt-fel de greu astăzi, dacă am fi angajați „într'un conflict serios! Perderile suferite în timpul răsboiului Cubei, „nu au fost imputabile atunci administrației războiul ci *reprezentan-*

„ţilor ţării, cari în camere, în timp de treizeci ani, n'au făcut „nimic pentru armată.

„Dacă congresul nu votează astăzi, şi fără întârziere, măsu„rile proprice a întări corpul sanitar al armatei, răsboiul viitor va „aduce inevitabil catastrofe, şi răspunderile nu vor privi pe acei cari „acum au sarcina ad-timiri, ci vor cădea pe acei cari refuză sau „neglijează a vota proviziunile necesare.

„Un corp medical bine constituit, complect antrenat la serviciu, „în campanie, încă din timp de pace, absolut deprins cu serviciul „administrativ sanitar, este un *element esenţial* al valorii utile a unei „armate mari şi în special a unei armate provenind din mobilizare.

„Nu trebue închipuit că cunoştinţele medico-chirurgicale, aşa „cum le posedă generalitatea medicilor civili, sunt suficiente spre „a face un mediu militar capabil. Acesta, în afară de cunoştinţele „comune ori-cărui practician, trebue să aibă o ştiinţă a administra„ţiei şi direcţiunei formaţiunilor sanitare a cantonamentelor şi câm„pului de luptă; prin aceasta medicii militari pot feri în mod eficace „existenţa a mii de oameni pe cari naţiunea îi încredinţează îngri„jirilor lor.

„De mult timp un bill relativ la reorganizarea corpului sanitar „al armatei se află înaintea Congresului. Este urgent a-l vota".

Asemeni nobile cuvinte arată pe capul de stat conştient de răspunderea sa morală, precum şi pe omul pe care-l ating în mod sincer interesele umanităţii.

Nu ştim întru cât s'a realizat cererea din Mesagiul lui Roosewelt, dar mai aflăm din No. 2 al revistei: „Deutsche militärärzliche Zeitschrift für Sanitätsoffiziere der Armee, Marine u. Schutztruppen", din anul curent, că în camera franceză după încercarea nereuşită din anul trecut a lui Humbert, tema *lipsei de medici militari în Franţa*, a fost reluată de Cazeneuvre: dânsul a arătat că corpul sanitar francez ar fi mai slab decât al celorlalte ţări:

In Franţa	un medic militar la	400	oameni
„ Germania . . .	„ „ „ „	322	„
„ Austria . . .	„ „ „ „	238	„
„ Italia	„ „ „ „	205	„

Dar acest efectiv nici nu ar fi totul — precum ne spune recensionistul articolului în chestiune (Dr. Buttersack) — ci s'a impus medicilor militari atâtea încât nimeni nu le poate îndeplini. Ca şi Humbert, Cazeneuve schitează cercul de activitate al medicilor militari francezi astfel: „les inuombrables rapports médi-„caux et legaux aux quels ils font face avee bonne humeur“.

La cuvântarea lui Cazeneuve s'a sculat subsecretarul de stat al războiului Chéron și a spus următoarele: „potrivit ade-„vărului trebue să spunem camerei că avem prea puțini medici „militari. Efectivul lor este cu atât mai însuficient, cu cât indatori-„rile lor sunt mai numeroase, mai grele și mai pline de respundere. „Și pentru că vorbesc acum de medicii militari. Ii văd în toate zilele „la lucru în cazarme, în spitale, și știu cu ce devotament 'și îndepli-„nesc serviciul incredințat. Limba nu are cuvinte care se exsprime „în gestul recunoșterea și lauda ce trebue să le facem pentru abi-„litatea, educațiunea sciintifică și abucgațiunea lor. D-l Cazeneuve „va găsi în noi reprezintanți energici și advocați ai medicilor militari“ ..... la care scepticul fost medic militar Noel, odaugă numai: Mieux vant tard que jamais.

Lipsa sau scăderea numărului Medicilor militari constatată în parlamentele a două mari puteri începe a se pronunța chiar și în Germania precum se constată din un pasagiu al discursului ținut de Medicul șef al armatei germane Medic general prof. Schjerning la 20 Februarie a. c. cu ocaziunea aniversării societății medico-militare; Ne putem întreba: *Cariera medico-militară trebue să dispară și e bine să dispară?*

LUNA MEDICALĂ

Societăţi savante Streine

SOCIETATEA DE PSIHIATRIE DIN PARIS

Şedinţa din 21 Octombrie, 1909

L. MARCHAND et G. PETIT. — **Troubles mentaux chez un sujet atteint de sarcome des lobes frontaux et de pseudo-kystes des plexus choroïdes, lésions diffuses de l'ecorce cérébrale.** Bolnavul (47 ani) prezintă turburări de memorie, confabulaţiune, desorientaţie complectă, indiferenţă emoţională, gatism. Sucombă după 3 luni de la debutul turburărilor mentale. La necropsie se găseşte o tomoră ce comprima lobii frontali şi leziuni corticale difuze interesând în special fibrele tangenţiale.

Cliniceşte cazul se apropia din punctul de vedere al turburărilor gastrice mai mult de presbiofrenie sau de sindromul lui Korsakow.

Autorii pun turburările mentale nu pe contul tumorei ci pe al leziunilor difuze.

LALLEMANT et R. DUPOUY. — **Note statistique et clinique sur la manie. Age du début de la psychose maniaque chez la femme. Quelques sources d'erseurs de diagnostic.** Autorii găsesc 162 manii recidivante pentru 34 nerecidivante (17,34 %) Debutul la femeie are loc între 20 — 25 ani descinzând în urmă cu o uşoară recrudescenţă către 60 ani. Boala evoluează adese-ori pe un teren de debilitate mentală şi chiar de imbecilitate. Dipsomania e adese ori combinată cu mania.

L. MALLOIZEL et G. DUMAS. — **Note sur l'expression polyglandulaire des sentiments.** Cercetări experimentale pe câini, demonstrând că plăcerea, mania, etc., produc exageraţiunea secreţiunei gastrice şi a celei salivare. Unele secreţiuni, sub influenţa emoţiilor, par a fi simple fenomene de descărcare, de iradiaţiune, fără nici o utilitate.

H. WALLON. — **Accès d'excitation et de délire accompagnés de vertiges chez un imbecile. Evolution démentielle.** Evoluţia rapidă către demenţă face pe autor să pună problema posibilităţei unei „demenţe precoce“ şi a raporturilor dintre aceasta şi unele cazuri de imbecilitate şi idioţia.

In discuţie Dupré crede că demenţa precoce „trebue considerată ca un rezultat iar nu ca o entitate morbidă.“

DENY et BLONDEL. — **Débilité mentale et délire d'interpretation.** Delir paranoic la o debilă mentală. Autorii admit origina afectivă a paranoei.

C. PARHON

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

Ședința din 4 Noembrie 1909, presidența lui Achard

ETIENNE BRISSAUD. — **Două cazuri de heredo-ataxie cerebeloasă.** Prezintă doi frați, cari la 30 și 36 ani au început să prezinte turburări însemnate a mersului: titubație, slăbiciune și în fine imposibilitate de a merge fără sprijin. Cu încetul simptomatologia devine în deajuns de clară și completă pentru afirmarea diagnosticului de heredo-ataxie cerebeloasă. In antecedente se găsesc caracterele familiale. Pe lângă raritatea cazului, acești bolnavi mai prezentau și un mers remarcabil. Cel mai mare are mersul descris în această afecțiune și din când în când se inalță pe vârful picioarelor și se înclină înainte și îndărăt încât ar cădea dacă n'ar fi susținut. Cel mai mic merge aproape în linie dreaptă, dar încet și *descompunând* mișcarea. Piciorul dindărăt se sprijină pe vârf, în timp ce tot corpul se duce înainte într'un mod exagerat. După un timp de oprire, vârful înaintează și se așează cu precauțiune înaintea călcâiului.

Despre natura turburărilor de motilitate în afecțiunele creerușului. Disimetric. Tremurătură chinetică și statică. Mișcări clonice. Perturbație a reacțiunelor de echilibru. Asinergie. Această comunicare a fost publicată, ca memoriu original în numărul din 15 Noembrie din *Revue Neurologique*

HENRI CLAUDE. — **Polinevrită alcoolică ce a început printr'un sindrom meningon, cu coagulare masivă a lichidului cefalo-rachidian.** Un bețiv de 19 ani, face o polenevrită, și la intrarea în spital se mai constată și un sindrom meningian, caracterizat prin înțepeneala cefei, imposibilitatea de a îndoi capul. Coloana vertebrală nu este deviată, dar se constată o redoare care se opune la flexiune și o ușoară durere. In urmă apar dureri evidente în masele musculare și la presiunea trunchiurilor nervoase. In mai multe regiuni DR e pozitivă. Două puncțiuni lombare, la zece zile interval au dat un lichid gălbui, clar, cu câți-va eritrociți și fără leucociți, și coagulând spontaneu într'un mod masiv. Prin urmare era vorba de un proces meningen.

Acest fapt ar demonstra, că paraliziile alcoolice pot fi nu numai sub dependința nevritei, dar că în unele cazuri poate fi vorba de alterațiuni medulare, fapt ce concordă cu constatările experimentale a lui Aubertin și Lhermitte.

SOUQUES. — **Trepanație craniană decompresivă urmată de afasie transitorie și ameliorație durabilă, într'un caz de tumoră cerebrală.** Articol publicat în extenso în *Revue Neurologique* din 15 Noembrie 1909.

DECLOUX și D-na TINEL. — **Hemiplegie cerebrală infantilă cu afazie** Un copil de 9 ani în urma unei scarlatine face o hemiplegie cu afazie motrice pură cu alexie.

Observația este importantă că pune în evidență desvoltarea hemiplegiei infantile în urma scarlatinei, și prin faptul acestei afazii persistente cu hemiplegia.

Autorii explică mecanismul printr'un focar de ramolisment, consecutiv unei trombose.

KLIPPEL și STROEHLIN. — **Hemiplegie și hemianopsie transitorie în urma unor atacuri de epilepsie simptomatică.** Un om cu pojar în copilărie; paludism la 24 ani, dureri sciatice la 30, colici de plumb și ascită.

In urma unui traumatism cranian, prezintă semne de epilepsie, iar aceste crize sunt urmate de hemiplegie şi hemianopsie transitorie. Autorii cred că simptomele ar depinde de un focar întins, interesând zona motrice şi lobul occipital şi că bolnavul ar putea beneficia de o intervenţie chirurgicală.

PIERRE MERLE. — **Atrofie musculară cervicală şi mână Aran-Duchenne la un tabetic.** Prezintă o bolnavă tabetică ce mai avea şi o atrofie a muşchilor gâtului, cefei şi membrelor superioare. Limba şi vălul palatului rămâneau indemne; muşchii atinşi prezintă DR într'un singur punct al trapezului. E probabil că există o atingere a coarnelor grise a măduvei cervicale, pe o mare întindere (există disociare a sensibilităţei). Durerile musculare s'ar explica prin leziuni meningo-radiculare. Coloana cervicală radiografiată nu arată vre-o alteraţie aparentă.

PAUL SAINTON. — **Prezentare de imagini cinematografice putând fi examinate prin ajutorul unui aparat de mână.**

CHENET et JUMENTIÉ. — **Sclerodermie în bandă şi în plăci cu distrofie considerabilă a membrului inferior stâng.** Prezintă o fetiţă cu o placă întinsă de sclerodermie pe piciorul şi gamba stângă.

La acel picior articulaţiile tarsiene suut aproape imobile, şi e mai scurt cu un cm. ca cel drept, muşchii şi oasele gambei sunt reduse, cum radiografia o demonstră. Mai prezintă alte plăci de sclerodermie pe corp.

BRISSAUD et SALIN.—**Sclerodermie şi boala lui Raynaud cu sindrom bulbar.** Presintă o bolnavă atinsă de aceste două afecţiuni, care n'a fost ameliorată cu tratamentul tiroidian şi n'a reacţionat la intradermoreacţiune, dar care prezenta un facies bulbar, semnul lui Babinski de partea dreaptă, trepidaţie epileptoidă la dreapta, reflexe exagerate, turburări în mers, slăbire a inteligenţei. Inceputul a fost progresiv şi fără icturi. Semnalând această asociaţie, autorii se feresc de a invoca o cauză.

BRISSAUD et FOIX.—**Un caz de tabes cu paralizie antibrachială de tipul saturnin.** Prezintă un bolnav cu un tabes banal la care — fără a găsi nimic saturnin—se remarcă o paralizie antibrachială de typul celor saturnine Autorii admit că e vorba de o amiotrofie tabetică sau cel puţin sifilitică ca şi tabesul bolnavului, iar leziunile ar fi mai curând în rădăcini.

E. LONG et ANDÈOUD (Genève). — **Turburări a reflexelor pupilare în cursul unui sindrom a lui Erb.** Un bolnav nesifilitic (n'au făcut proba lui Wasserman), fără tabes, fără leziuni în axul nervos, constatate la necropsie şi care prezenta turburări pupilare asemănătoare cu acelea ce se observă în tabes şi paralizia generală.

TOUPET et INFROIT. — **Studiu asupra radiografiei şelei turcice.** Autorii pun următoarele concluziuni :

1. Pentru a avea o radiografie valabilă, trebue să întrebuinţăm metoda indecsurilor metalice.
2. Orientarea şghiabului se ia într'un plan exact perpendicular pe placă.
3. Există în starea normală diferenţe considerabile de formă şi dimensiuni.

C. I. URECHIA

Reviste și publicațiuni străine

Bacteriologie

CONRADI. — **Ueber alimentäre Ausscheidung von Paratyphus-bazillen.** (Excrétion alimentaire de bac. Para. *Klin. Jahrb.* t. XXI f. 2, 420—452 *d. Bullet. Inst. Past.* No. 23, 1909). Autorul semnalase prezența paratificului în scaunele și urina persoanelor sănătoase, cari nu fuseseră nici odată în contact cu bolnavi de paratifoidă. Intinzând cercul cercetărilor pe un număr mare de indivizi, autorul ajunge la concluzia că în cele mai multe cazuri prezența paratifusului nu s'ar putea dipune în legătură de cât cât cu o excrețiune alimentară; datorite în mare parte diferitelor preparate de porc. Această excrețiune ar dura 1 sau 2 zile până are un semn de infecțiune locală sau generală. In puține cazuri prezența bacilului paratific este datorită contactului cu bolnavi atinși de această boală. CIUCĂ

F. HOLZINGER. — **Ueber den Einfluss osmotischer Strömungen auf Entwickelung und Lebenstätigkeit der Bakterien** (Asupra influeței curentilor osmotici față de dezvoltarea și vitulă a bacteriilor) *Münchener med. Wochenschrift.* 46-09. Autorul ne-a făcut cunoscut încă din 1908 (*Müench. med. Wochenschr.* 12), într'o comunicare premergătoare, rezultatele obținute în cercetările sale cu privire la influența curenților osmotici asupra imunității.

In prezentul articol autorul ne dă rezultatele cercetărilor sale continuate, ajungând la următoarele concluzii:

1. O soluție nutritivă (conținând sau nu albumină), străbătută de curenți osmotici, nu permite proliferarea bacteriană.

2. Intr'o soluție nutritivă prielnică, ne conținând albumină, sub înriurirea curenților osmotici bacteriile sunt ucise în curs cam de 48 ore și soluția rămâne atunci sterilă atâta timp cât osmoza are loc cu o intensitate îndestulătoare.

3. Intr'o soluție nutritivă continând albumină, bacteriile sub înfluența curenților osmotici sunt oprite în dezvoltarea lor și slăbite în activitatea lor vitală creștere și însușirea de a lichefia galatină. M. BOTEZ

HANS GEILINGER.—**Experimenteller Beitrag zur chemischen Desinfektion des tuberkelbazillenhaltigen Sputums.** (Cercetări experimentale asupra desinfecțiunei chimice a sputelor tuberculoase. *Arch. f. Hyg.* t. LXXI, f. 1, p. 87; *Bullet. Inst. Past* No. 24 1909). Cercetările făcute prin cultura și infecțiunea animalelor au arătat că cel mai bun desinfectant al sputelor tuberculoase este acidul fenic 3—5%, 8 ore contact.

Tot așa de activ, amestecul de formol $2^1/_2$ % + KOH 5%; mai greu însă de conservat. CIUCĂ

L. HAUCK. — **Positiver Ausfall des Wassermann — Neisser — Bruckschen Syphilisreaktion bei Lupus erythematosus acutus.** (Rezultat pozitiv al reacțiunei specifice Wassermann — Neisser — Brück, în Lupus erythematosus acutus). *Muenchener med. Wochenschrift 1—1910.* Se cunosc cazuri de reacţiune Wassermann pozitivă la framboesie, trypanosomiasă, lipsă (mai ales forma) şi scarlatină. Reinhardt a întâlnit reacţiunea Wassermann pozitivă intr'un caz de lupus erythematosus acut diseminat.

Hauck ne aduce şi el un caz de Lupus erythematosus acutus în care reacţiunea a fost complect pozitivă. In acest caz nici din punct de vedere anamnestic nici clinic nu putea fi vorba de sifilis.

E interesant însă că reacţiunea n'a fost pozitivă decât în perioda acută a boalei.

M. BOTEZ

MONAOISIN. — **La composition chimique du lait des vaches tuberculeuses. L'aciditée du lait des vaches tuberculeuses.** *(C. R, Acad. Sciences,* t. CXLIX, p. 644, *d. Bullet Inst. Past.* No. 24 1909). Examenele făcute pe 16 vaci tuberculoase arată că substanţele grase, lactoza şi caseina diminuă; pe de altă parte compuşii laptelui, cari provin din sânge prin simplă filtraţiune sunt mai abundenţi ca în stare normală. Azotul de 2 ori mai mult ca în laptele vacilor sănătoase. In total laptele unei mamele tuberculoase, se apropie foarte mult, ca compoziţie, de serul sanguin.

Laptele este hipoacid; hipoaciditatea ţine de dispariţia gradată a acidului carbonic disolvat, de diminuarea sărurilor acide şi a caseinei.

CIUCĂ

OTTO MAYER. — **Ueber die Bewertung des Befundes von Paratyphus B. Bazillen in menschlichen Darmentleerungen bei akuter Gastroenteritis ohne Gruber-Widalsche Reaction.** (Valoarea Paratificului B. întâlnit în scaunele bolnavilor atinşi de gastroenterită, fără ca serul lor să fie aglutinat). *(Klin. Jahrb.* t. XXI, f. 2, p. 325, 348. *d. Bullet. Inst. Pasteur* No. 23, 1909). Hübner, Marx, Fürst şi Waldmann sunt de părere că Paratificul B., în scaune n'are nici o însemnătate patogenică dacă serul sanguin nu e în acelaş timp aglutinat. Mayer, la 7 indivizi, la cari a găsit Paratificul în cursul gastro-enteritei, n'a obţinut aglutinare cu serul bolnavilor, paratificul izolat însă era în mod constant aglutinat de serurile paratifice preparate. Conchide că lipsa de aglutinare e datorită faptului că germenii să înmulţesc în tubul digestiv, provoacă o infecţiune locală fără intoxicaţie generală însemnată; cu paratificul nu era numai ca parazit întâmplător o arată faptul diminuărei şi dispoziţiei microbilor odată cu încetarea boalei. Pe de altă parte o statistică pe 1000 de cercetări de examene de fecale la indivizii cari stau în jurul celor atinşi de paratifoidă, arată prezenţa paratificului numai în 2 cazuri.

CIUCĂ.

PRIGGE et SACHS-MÜKE. — **Beobachtungen bei zwei durch Nahrungsmittel verursachten Paratyphusepidemien.** (Două epidemii de Paratific de origină alimentară). *Klin. Jahrb.*, t. XXI, f. 2, p. 225—232. *d. Bullet. Inst. Past.*, No. 23, 1909). 16 cazuri de paratifoidă la indivizi cari ingeraseră aceiaşi carne de porc; în fecalele tuturor, bacili paratifici. Carnea n'a putut fi examinată. Mai important, o epidemie de paratifoidă la toţi clienţii unui brutar, în a cărui familie fuseseră 5 cazuri de paratifoidă. Paratificul s'a găsit atât în urină cât şi în fecalele celor din familia brutarului.

CIUCĂ

PATRON. — **Recherches expérimentales sur le lait des femmes tuberculeuses.** *(Thèse méd.* Paris, 1909, p. 86. *Bullet, Inst. Past.* No. 24, 1909). In 11 cazuri din 21 laptele femeilor tuberculoase (fără tuberculoză mamară) fiert şi injectat la cobai tuberculoşi, în doză de 5 ctm. c., are efectul unei injecţiuni cu tuberculină. Reacţiunea este nulă cu lapte de femee sănătoasă.

CIUCĂ

P. CHAUSSÉ. — **Les portes d'entrée de la tuberculose** *(Rec. méd: act.* 15 oct. 1909. *Bullet. Inst. Past.* 640-649, No. 24, 1909). Diferenţa enormă în statisticile diferiţilor autori, în ce priveşte infecţiunea digestivă, de $1^{0}/_{0}$ — $35^{0}/_{0}$, face că creadă pe autor că ţine la oare cari erori: 1) de înghiţirea sputelor, realizând o auto-infecţiune; 2) infecţiunea simultană pe calea digestivă şi aeriană. In total autorul nu admite o cifră mai mare ca $2^{0}/_{0}$ — $3^{0}/_{0}$; tuberculoza cazurilor pulmonare ar fi numai de origină aeriană, nici odată sanguină.

31 câni injectaţi pe cale digestivă au rămas indemni; injecţiunea prin inhalaţie a fost obţinută sută la sută.

CIUCĂ

P. CHAUSSÉ. — **Expériences d'ingestion de matère tuberculeuse humaine chez le chat** *(Rec. méd. act.* 15 Mai 1909. *Bullet. Inst. Past.* No. 24, 1909). Experionţe făcute pe 11 pisici, cărora li se dedea zilnic 1—2 grame spută tuberculoasă. Animalele sacrificate între 43 — 78 zile, nu prezentau niei urmă de leziuni tuberculoase. Bacilul uman este mult mai puţin virulent ca cel bovin.

R. TROMNISDORF. — **Ueber biologische Eiweissdifferenzierung bei Ratten und Mäusen** (Diferenţiarea biologică a albuminei de guzgan şi şoarice. Arb. a. d. Kais. Gesundh. t. XXXII. f. 2 Sept. 1909 p. 560. *d. Bulet. Inst, Pasteur* No. 23. 1909). Autorul diferentiază aeeste 2 seruri servindu-se de un ser precipitant corespunzător, eăpătând în mod eonstant şi evident pricipitarea subtanţelor albuminoide din serul animalului cu care s'a preparat serul Anti-Deviatia conplimentului mai puţin constantă confirma faptul. Cel mai bun mijloc de diferenţiare însă ar fi pentru autor hipersensibilizarea cobailor cu serul aeestor 2 animale. — In vederea acestui fapt, inoculează eobai subcutan cu 0.1 ser de guzgani; după 3 luni, făcând o înjecţie intracardiacă cu 0.5—1 e. c. din acelaş ser, capătă în mod constant moartea animalului, cu fenomene evidente de anafilaxie. — Martorii supoartă foarte bine aceaşi doză de ser. Cercetările autorului demonstră încă odată că substantele, cari provoacă precipitarea şi deviaţia complimentului sunt altele de cât cele cari provoacă feoomenele de anafilaxie.

CIUCĂ

ROBERT HILGERMANN. — **Zur cholecystitis thyphosa.** *(Klin. Jahrb.* t. XXI, f. 2, p. 246. *d. Bullet. Inst. Past.* No. 23, 1909). Indată după convalescenţă, într'un caz de febră tifoidă, încep fenomene de colicistită supurată. Se extirpă vezicula; în ea se găseşte un lichid turbure şi un calcul; în ambele b. Ebert. Examenul histologic al pereţilor arată o infiamaţie intensă; bacilii localizaţi în subseroasă şi în flacoanele de fibrină, cari acopăr seroasa. In scaune nu se găsea b. tific. După 2 luni o recidivă ebertiană (febră-dureri în regiunea operată), bacilii apar în fecale; după 3 luni dispar complect.

CIUCĂ

ROMBACH. — **Serumbehandeling intubage en pyocyanose bey Diphtherie.** (Seroterapie-tubagiu și piocianoză în tratamentul difteriei). *Nederl. Tijdschr. v. Genees.* f. 2. 1909. *Bullet. Inst. Past.*, No. 23, 1909). In cazurile hipertoxice cu asociații stafilococice și streptococice, autorul întrebuințează serul combinat cu piocianoza în pulverisații. Rezultate admirabile — fenomenele toxice încetează numai decât — falșele membrane dispar. Fără complicațiuni.

CIUCA

R. FRÜHWALD. — **Ueber den Nachweis der Spirochaete pallida mittels Tuschverfahren** (Asupra demonstrației spirochaetei pallida prin procedeul cu tuș). *Münch. med. Wochenschr, 40—09.* Frühwald se servește de tușul chinezesc (Günther și Wagner).

Se îndepărtează c'un scalpel părțile superficiale de tot din focarul sifilitic. Se recoltează serul, care trebue ferit de amestecul cu sânge. Se i'a din el o ansă și se freacă bine de tot cu o picătură de tuș.

Apoi facem o întindere subțire și omogenă pe lamă.

O jumătate de minut ajunge ca să se usuce preparatul.

Se examinează apoi cu imersie.

La microscop câmpul apare de la galbin până la brun deschis întrerupt de locuri albe.

In locurile albe găsim erytrocyte și leucocyte, formațiuni globulare proprii serului și spirochaeta pallidă, care apare într'un contrast mai izbitor de cât colorată într'un câmp colorat.

Deosebirea între deosebitele spirochaete se face cu înleznire.

Autorul ilustrează deosebirea prin niște microfotografii dintr'o angină-Vincent și dintr'un conlilom.

M. BOIEZ

S. ARLOINGS. — **La tuberculose aviaire dans ses rapports avec la tub. des mammifères.** (Rap. 9 congrès internat. Méd. vétér. La Hage, Sept, 1909. *Bullet. Inst. Past.* No. 24, 1909). Face să ingereze găinele produse tuberculoase umane și bovine; găinile sucombă după cât-va timp fără leziuni macroscopice. Secțiunile făcute însă în ficat arată o infiltrațiune de celule rotunde mai ales la găinile hrănite cu produse bovine. Autorul consideră leziunile acestea ca tuberculoase și conchide la receptivitatea găinilor față de tuberculoza mamiferelor.

Oluf Bau, în acelaș congres, consideră bacilii tuberculozei aviare ca o specie foarte asemănătoare cu b. Koch. El a reușit să injecteze de 12 ori găinile cu 12 varietăți deosebite de bacili, provenind de la mamifere; a reușit prin treceri succesive să transforme complect b. Koch în b. aviar. A mai constatat că toate mamiferele tinere, afară de cai adulți, prind tuberculoza aviară.

Mohler și Washburn au obținut tuberculoza la porci, la cari li s'a dat să ingereze păsări tuberculoase; culturile obținute la autopsia porcilor au dat bac. tub. aviari cu toate caracterele biologice. Albușul ouălor păsărilor tuberculoase conține bacili tuberculoși.

CIUCĂ

STEPHANIE ROSENBLAT.— **Ueber die granulare form der tuberkel-bazillen un Sputen.** (Asupra formei granulare a bacilului tuberculozei în spută. *Müench. med. Wochenschr. 49—09.* Autoarea a cercetat 80 de spute de la tuberculoși servindu-se de metodele de coloare Ziehl-Neelsen și de metoda lui Gram modificată de Much pentru punerea în evidență a formei granulare a bacilului tuberculozei.

Fie-care preparat a fost colorat întâi după metoda Gram II. și după ce-a fost examinat la microscop colorat din nou după metoda Ziehl.

Rezultatele sunt următoarele:

In toate preparatele cari conțineau bacili colorați după metoda Ziehl existau și forme granulare puse în evidență prin metoda Gram II.

Numai în puține preparate existau forme granulare, cari nu aminteau forma bacilară.

Intr'un preparat, care a dat rezultat negativ după metoda Ziehl, existau forme granulare, cari aminteau forma bacilară. Inoculările la cobai au dat tuberculoză miliară.

Iată și în ce constă metoda Gram II:

a) *Violet de metil B. N.* (10 c. c. sol. alcoolică în 100 c. c. apă fenicată $2^0/_0$) (color. 24—48 ore).

b) *Sol. iod—iodurat* (12 minute).

c) *Acid azotic* $5^0/_0$ (1 minut).

d) *A. clorhidric* $3^0/_0$ (10 secunde).

e) *Acetonă-alcool àà.*

Pentru contra colorare o soluție diluată de fucsină. M. BOTEZ

TROMMSDORF.— **Ueber intra-venöse Impfungen mit Menschen- und Rindertuberkelbazillen bei Mäusen.** (Injecțiuni intra-venoase de bacili tuberc. umani și bovini la șoareci. *Arb. a d. Kaiserl. Gesundh.* t. XXXII, p. 568, Sept. 1909, *d. Bullet. Inst. Past.* No. 24, 1900). Inoculările făcute la șoareci în vâna de la coadă cu bacili tuberculoși umani nu dau după 4 luni nici o leziune tuberculoasă macroscopică. Cu bacili bovini, după 15 zile pulmonii conțin o cantitate enormă de bacili. Conchide la un mijloc eficace de diferențiare a acestor 2 rase. CIUCĂ

Diagnostic

KLAUS PIEPER. — **Die essigsäureprobe zur Untescheidung der Exsudate und Transudate.** (Proba cu acid acetic pentru deosebirea exudatelor și transudatelor. *Münch. med. Woch.* 1—1910. E vorba de un studiu comparativ între procedeul lui Moritz și al lui Rivolta. Știm, că procedeul lui Moritz constă în a picura o picătură sau două dintr'o soluție de acid acetic $5^0/_0$ în 2 c.c de lichid rezultat dintr'o puncție.

Dacă lichidul e de natură exudativă, atunci observăm că se turbură și că lasă adese-ori un depozit floconos.

Dacă însă lichidul e de natură transudativă, nu mai obținem turbureală; ci cel mult opalescență și numai după ce am adăugat 4 — 5 picături de acid acetic.

Procedeul lui Rivolta se execută picurând într'un cilindru-măsură cu 100 c.c. de apă, căreia i s'a adăugat 2 picături de acid acetic glacial, lichidul rezultat din puncțiune.

Dacă avem aface c'un exsudat, obținem o turbureală lăptoasă intensă, care ia forma colacilor de fum de țigară.

Dacă însă avem înainte un tranşudat, atunci nu mai obţinem nici o turbureală sau în chip excepţional o nuanţă cenuşietică.

Autorul a cercetat 130 de probe puncţionale.

Amândouă procedeele au dat rezultate pozitive în exsudate şi negative în transudate.

In puncţiile pleurale deosebirea e mai lesne de făcut de cât în cele peritoneale.

Lichidul ascitic poate fi în parte transudativ şi în parte exudativ. Ba, în ascitele de lungă durată se poate găsi un caracter uşor inflamator. De asemeni şi în transudatele pure după mai multe paracenteze.

In puncţiile lombare nu ne putem folosi de procedeul lui Rivolta, căci nu ne dă putinţa să deosebim lichidul cerebro-spinal normal de cel patologic.

Din contră, proba lui Moritz e utilă în chip sigur.

In toate cazurile de meningită tuberculoasă, nu spune autorul, proba lui Moritz a fost pozitivă. Ceia ce însă e şi mai important, e că proba era pozitivă în unele cazuri, în cari diagnosticul clinic era încă nesigur.

Proba a fost negativă în tabes, hydro-cefalie şi meningism.

Amândouă probele au dat rezultate pozitive cu lichidul din vezicule la erizipel. Din contră rezultatele au fost negative cu lichidul din anasarc. Autorul nu uită să menţioneze, că proba lui Rivolta indica rezultatul negativ mai izbitor de cât proba lui Moritz.

M. BOTEZ

Neurologie şi psihiatrie

ALBERTO ZIVERI. — **La viscosimetria clinico in Psichiatria** *(Rivista italiana di Neuropat., Psichiatric ed Elettr.* Fasc. 12, vol. II, 1909). Starea de viscositate a lichidelor organice (sânge, ser, lichid cefalo-rachidian), în epilepsie, demenţa precoce, confusie, mentală, maniaco-depresivă, alcoolism acut nu se îndepărtează de la oscilaţiunile normale. In unele cazuri de alcoolism acut să remarcă o uşoară tendniţă la sporire. In „status epilepticus“ viscositatea sângelui prezintă o ridicare sensibilă (6.8) probabil în legătură cu starea de asfixie în care se găsesc pacienţii.

Pentru clinica psichiatriacă aceste învestigaţiuni nu oferă nici un sprijin diagnostic sau prognostic.

C. I. URECHIA

A. PITRES. — **Neurasthenie et pychastenie génitales.** *Journal médical francais.* No. 10. 1909. Autorul împreună cu Raymond şi Janet separă neurastenia de psihastenie. Prima e consecinţa sleirei nervoase, ultima rezultă dintr'o perturbaţiune primitivă a emotivităţei; starea mentală în prima e caracterizată prin preocupaţiuni ipohondriace egoiste, pe când în ultima, notă dominantă e formată de fobii şi otresiuni.

In neurastenia genitală găsim ideile ipohondriace cu conţinut relativ la funcţiunile organelor de reproducere Bolnavii se plâng că sensaţiunile în raport cu aceste funcţiuni nu sunt destul de pronunţate, că scrotul e flasc, ca mucoasa glandului sau uretrei e congestionată, că terticulele nu sunt destul de sensibile, se preocupă de ideia dacă raporturile sexuale sunt preferabile abstinenţei prelungite sau invers etc.

Prihastenia genitală e caracterizată din contră printr'o varietate specială de impotenţă ce nu se manifestă de cât în anumite condiţiuni. Erecţiile sunt posibile când bolnavul e singur, Ele lipsesc însă tocmai în momentul actului sexual şi sunt condiţionate tocmai de teama nereuşitei. Raporturile sexuale sunt une ori posibile cu unele femei şi imposibile cu altele etc.

Această stare preocupă peste măsură pe bolnavi. Şi face trişti, umiliţi, le dă un sentiment de inferioritate.

Neurastenici cer mai ales regule de igienă. Prihastenici au în special necesitate de un tratament psihoterapic, care de altfel nu e inutil nici primilor.

Medicul trebue să convingă pe psihostenici sexuali că impotenţa lor e pur psihică, datorită teamei de nereuşită, şi această lipsind, totul se va petrece în mod normal. Va consilia bolnavului a lua anume precauţiuni, a întrebuinţa anume pretexte pentru a evita ridicolul în caz de insucces, etc. Va evita mai ales a lua starea bolnavului în glumă ceea ce ar aduce pierderea încrederei acestuia.

Psihastenici gemtati sunt foarte adese ori clienţii cei mai productivi ai şarlatanilor profesiunei medicale.

O chestiune importantă e aceea dacă mariagiul e permis şi util în asemenea cazuri. Autorul e de părere că exceptând cazurile în cari impotenţa electivă nu e asociată cu o perturbare mentală serioasă şi în special cu o pervertire sexuală, mariagiul e nu numai permis dar pentru mulţi bolnavi e şi cel mai bun tratament.

C. PARHON

E. LEVI et G. FRANCHINI. — **Contribution à la connaissance du gigantisme avec une etude complète de l'échange materiel dans cette maladie.** *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.* No. 4—5. 1908. Un studiu amănunţit al unui caz de gigantism. Reacţia lui Wassermann pozitivă şi alte fenomene fac pe autori să admită în acest caz sifilisul creditar ca factor etiologic probabil, lucrând prin intermediul glandelor endocrine.

Din punctul de vedere al schimburilor, autorii notează o însemnată retenţie de azot şi de grăsimi. Urina eliminată e în mică cantitate. Amoniacul şi amidoacizii sunt eliminate în cantitate mai mare.

Eliminarea grăsimilor neutre e puţin mărită iar a sapunurilor diminuată. Calesterina e de asemenea mărită.

Eliminarea fosfatelor teroase e mărită. Tot aşa sulful neutru. Eterii sulfurici sunt în mare cantitate. Există reacţia evidentă a scatolului, fenolului şi indicanul e mult mărit. Se notează o uşoară retenţie de calciu. Relativ la examenul citologic al singelui au notat eosinofilie şi bazofilie.

In ce priveşte examenul chimic al singelui, au notat mărirea alcalinescenţei şi a cenuşei. Diminuarea azolului, fufatele au fost de asemenea în mica cantitate. Calale e morit. Există în fine uşoară lipemie.

Comporaţia acestor rezultate cu cele găsite în aeromegalie face pe autori să admită teoria unicistă a acelor 2 sindrome distrofice.

C. PARHON

FRANCESCO BONFIGLIO. — **Nella reazione di Wassermann all estratto acquoso di organi sifilitici juo venise sostituito l'estratto alcoolico di cuore di cavia?** *Rivista italiana di Nevropatologia Psichiatria ed Elettroterapia* Fasc. 12. 1909. Pe un număr de 15 cazuri autorul obţine rezultate concordante cu cele 2 extracte în 8 cazuri, pe când în 7, rezultatele diverg astfel: în 5 cazuri rezultatul e net pozitiv cu extract apos de ficat sifilitic şi complect negativ cu extractul alcoolic de cord de cobaiu. In alte 2 cazuri rezultatul pozitiv sau îndoelnic cu extractul apos, e respectiv îndoelnic sau negativ cu extractul alcoolic.

Autorul conchide că în tehnica reacţiei lui Wassermann numai extractul apos de ficat sifilitic dă rezultate sigure.

C. PARHON

F. SANO.—**Pachymeningite hemorragique d'orign traaumatique.** *Journal de Neourologie.* Nb. 17. 1909. Bolnavul primesce cu câte va luni mai înainte mai multe lovituri de baston asupra capului. Au urmat o cefalalgie intensă, diplopie, stare neurastenică fără turburări mentale. Pachimeningita a fost găsită la necropsie.

Autorul menţionează un alt caz ce fusese îngrijit în 3 azile, cu diagnosticul de demenţă precoce şi care prezenta la necropsie o foarte veche pachimeningită hemoragică. Insistă asupra faptului că pachimeningita hemoragică e încă puţin studiată şi diagnosticul nesigur.

C. PARHON

F. AGOSTI. — **Un caso di frenosi periodica a varieta amenziale.** *Rivista italiana di Neuropatologia, Prichiatria ed Elettroterapia.* Fasc. 8, 1909). In cazul acesta e vorba de o fată de 19 ani, care a prezentat la intervale de câte-va luni turburări psihice sub formă de confuzie mentală. Simptomatologia cazului se depărtează prin aceasta de psihozele periodice obicinuite în cari e în genere vorba de manie sau melancolie.

C. PARHON

GOWERX W. R. — **A case of unilateral optic neurites from intra cranial tumour** (*The Lancet,* 10 Iulie 1909). (Un caz de neurita optică unilaterală prin tumoare endo-craniană. Expune istoria clinică şi anatomo-patologică a unui cas de tumoară endocraniană (endoteliom) care presenta o nevrită optică unilaterală. La necropsie s'a găsit o tumora la bază în dreptul labelor frontali şi care comprima mai ales porţiunea întracraniară a nervului optic drept.

Autorul insistă asupra rarităţei acestor cazuri.

C. I. URECHIA

G. CATOLA. — **Contributo allo studio dell'anatomia patologica della paralisi progressira, alterazioni viscerale. Analqui consideratzione sulle plasmacellule.** *Revista di patologia nervosa e mentale.* No. 1. 1910. Autorul studiază din acest punct de vedere 7 cazuri de paralizie generală. Găseşte că ficatul şi rinichiul prezintă adese-ori o infiltraţie de limfocite sau de celule plasmotice, care deşi nu specifică dar pledează într'un caz dat pentru provenienţa dintr'un caz de paralizie generală. N'a găsit în nici unul din aceste cazuri tipul descris de Klippel sub numele de ficat vaso-paralitic. Celulele plasmotice au după autor o origină istogenă. In afară de infiltraţiunea descrisă se pot întâlni şi alteraţiuni a celulelor parenchimatoase, (tumefacţie, degenerescenţe, etc.).

C. PARHON

J. ROSENSTERN. — **Uber Calcium und spasmophilie.** *Sonder Abdruck aus Verhandlungen der XXII Versammlung der Gesellschaft für Kinderheil Kunde der 81 Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg.* 1909. Clorurul sau acetatul de calciu determină la copii cu spasmofilie o scădere însemnată a iperexcitabilităţei electrice. Diminuarea calcelui poate să aibe un rol în etiologia sau cel puţin în simptomatologia tetaniei. In această direcţie trebue căutată relaţiunea dintre tetanie şi rachitism.

In fine tratamentul prin săruri de calciu trebue să aibe un rol în terapeutica tetaniei.

C. PARHON

KLOPPEL et P. WEIL. — **De la disposition radiculaire des naevi.** *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.* No. 5. 1909. Autorii disting 2 varietăţi de naevi, unii prin vascularită, alţi prin nevrită.

In ce priveşte aceşti din urmă, procesul patalogie poate interesa nervul sensitiv în ori-ce parte a lui dar rădăcinele posterioare sunt în special foarte des interesate. Autorii au observat în fine un caz în cari cred a putea stabili un raport între topografia unui nevus şi un focar medular ce indica o leziune foarte vechie

C. PARHON

NONET et HALBERSTADT. — **La presbiophrenie de Werniche.** *L'Encephale.* No. 4. 1909. Două observaţiuni de presbiofrenie. Nota dominantă o formează turburările de memorie, în special a memoriei de acquiziţie, desorientaţia şi tendinţa la confabulaţie.

Exista şi un oare-care grad de euforie. Diagnosticul din punct de vedere mental trebue făcut mai ales cu sindromul lui Korsakow unde găsim simptome simotice, etc.

Autorii discută dacă e vorba de o maladie specială sau de un sindrom şi admit că e posibil să existe şi o presbiofremie maladie şi o presbiofremie sindrom.

C. PARHON

O. LAURENT. — **Hyperpituitarisme et Hypopituitarisme** *(Journal de Neurologie,* 1909, No. 24). E o punere la punct a principalelor cunoştinţi asupra fisiologiei acestei glande.

Extractul de lob posterior, înfundibulina, ridică presiunea sanguină. determină puternice contracţiuni în uterul gravid, în starea puerperală şi menstruaţie. Bell a observat violente contracţiuni peristaltice la epure, şi crede că ar produce o anemie mai accentuată de cât adrenalina, la nas, ochi şi gât.

Pentru majoritatea autorilor acţiunea aceasta ar fi datorite la nişte amine (feniletilamină, hidroxifeniletilamină şi isoamilamină). Tot acestor amine s'ar datori proprietăţile adrenalinei, a ergotinei a extractului placentar a lui Dixon-Taylor.

Falta obsearvă că această substanţă e mult mai puţin toxică de cât adrenalina.

Pentru Cushing şi Crawe extractul de lob posterior este hipotensor (?) şi ar avea o acţiune deleteră asupra ficatului.

Ablaţia totală a glandei este fatală pentru câine. Albaţia lobului anterior conduce la adipositate, şi uneori glicosurie, transitorie, poliurie, alopecie, hipo funcţiune sexuală şi chiar atrofie testiculară sau ovariană.

Lobul anterior influenţiază desvoltarea corpului, metabolizmul grăsimei şi activitatea sexuală.

Extractele de lob posterior accelerează coagulaţia, iar cele de lob anterior sporesc incoagulabilitatea.

Cum acromegalia se întovărăşeşte adesea de diabet, Borchardt crede că în aceste cazuri ipofisa ar fi în cauză. Injecţiile de extract hipofisar produc glicosurie la epure şi câne.

Hipopituitarismul ar determina o distrofie adiposogenitală, cu statură mică, infantilism genital, hipotricosă, somnolenţă, hipotermice.

Se crede în general, până la probă contrară, că hiperpituitarismul anterior provoacă un exces de creştere, gigantismul, dacă se desvoltă în adolescenţa şi acromegalia la maturitate; adipositate excesivă şi rapidă şi infantilism sexual, dacă procesul datează din tinereţe şi tendinţa la perderea semnelor căpătate de adolescenţa dacă procesul apare la vârsta adultă.

Apituitarismul conduce la caşexia hipofiscoprivă, încompatibilă cu viaţa.

C. I. URECHIA

Dr. P. KAHN. — **La Cyclothymie. De la constitution cychlothy-mique et de ses manifestations.** (*G. Steinheil ed.* Paris. 1909). Autorul arată că există o costituţie psichopatică caracterizată prin turburări a humoarei, intermitente sau circulare. Aceasta ţine la un desechilibru, hereditar în majoritate.

Manifestările se urcă în general la adolescenţă, şi sunt de intensitate uşoară, medie sau gravă. Acea uşoară e exagerarea unei stări normale şi e rar observată de medic; cele grave ar constitui psihoză maniaco-depresivă. Accesele ciclotimice se prezintă sub forma stărilor de excitaţie. depresiune şi mixte. Adesea sunt însă separate prin intervale libere.

Autorul spune că patogenia acestei afecţiuni trebue căutată într'o tubburare primitivă al afectivităţii.

C. I. URECHIA

Patologie internă

H. LIPPMANN. — **Ueber Zusammenhang von Idiotie und Syphilis.** (Asupra conexiunei dintre idioţie şi sifilis. *Münchner med. Wochenschr.* 47 — 09). Din îndemnul lui Wassermann autorul a aplicat cunoscuta reacţie a deviaţiei complimentului la examenul idioţilor. Printre 78 de copii idioţi în 7 cazuri (9%) reacţia a fost pozitivă.

Cum însă în sifilisul ereditar reacţiunea e pozitivă la început şi cu vremea ajunge negativă, se impunea un studiu mai circumstanţiat în cazurlle, în cari reacţia era negativă.

In 77 de cazuri, în esri s'a luat în consideraţie anamneza, examenul fundului ochiului şi examenul corporal s'a stabilit în 40.2% sifilisul

Ca urmare, ţinând în seamă, ţinând în seamă că la femei sifisul latent e întâlnit dese ori, se impune ca S. R. W. să fie instituită în clinicile de femei şi faceri pentru a descoperi sifilisul latent la mamă şi copil şi a face tratam. cuvenit.

După autor cele 40.2% de eszuri pozitive sunt numerile minimale sigure.

M. BOTEZ

Terapeutica

ROBERT BERGRATH.— **Ueber die chininbehandlung des Pemphigus** (Asupra tratamentului cu chinină al pemfigusului. *Münchener med. Wochenschrift.* 1-1910 Autorul constată că până acum nu există un tratament eficase al pemfigusului. El a oaţinut rezultate aune în 2 cazuri întrebuinţând chinina.

Dacă pe cale gastrică, chinina produce turburări, autorul recomandă să recurgem la inîecţii intrş-musculare sau intra-venoase.

In acelaş sens, D-rii Leibkind şi Kuznitzky aduc contribuţii suplimentare. Kuznitzky ne spune chiar, că a obţinut vindecşrea completă susţinând tratamentul cu chinină prin tratament extern local.

LIBRAIRIE FRANÇAISE H. KOHN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA LIBRAIRIE de „l'Indépendance Roumaine

CALEA VICTORIEI — PASSAGE ROUMAIN, 19. — BUCAREST

TÉLÉPHNE 25/83.

Livres de Médecine en vente:

	Lei
Dr. Grashey: *Atlas de Radiographie de l'homme normal*	22.—
Dr. Branca: *Précis d'histologie.*	13.20
Drs. Achard et Loeper: *Précis d'anatomie pathologique.*	13.20
Dr. Besson: *Technique microbiologique et sérothérapique*	16.—
Drs. Claude et Camus: *Précis de Pathologie générale*	13.20
Brouardel et Gilbert: *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de* M. M. A. Gilbert et L. Thoinot.	
Terrien: *Précis d'ophtalmologie.*	13.20
Marfan et Apert: *Précis des maladies des enfants*	11.—
Bibl. de thérapeutique *sous la direction de M. M. A. Gilbert et Carnot; ont paru:* Kinésithérapie; Mécanothérapie; Médicaments microbiennes; Maladies cutanées et maladies vénériennes. *D'autres volumes sont en préparation*	
Herzen: *Guide formulaire de Thérapeutique*	11.—
Manquat: *Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie 2 vol.*	24.—
Forgue: *Précis de Pathologie externe, 2 vol.*	24.20
Courmont: *Précis de pathologie générale*	13.20
Collet: *Précis de pathologie interne, 2 vol.*	17.60
Testut: *Précis d'anatomie descriptive*	10.—
Maygrier: *Precis d'obstétrique*	13.80

etc., etc., etc.

La librairie se charge de procurer dans le plus bref délai et dans les conditions les plus avantageuses tout ouvrage qu'elle n'aurait pas en magasin.

Les nouveautés en Médecine sont mises en vente le jour même de leur apparition à Paris.

La porte plume à réservoir „ONOTO" le meilleur, à remplissage instantané et automatique, est très utile pour Messieurs les Médecins.

EN VENTE À LA LIBRAIRE FRANÇAISE

ABONNEMENTS AUX REVUES MÉDICALES

Abonnements à la Revue „Viața Românească"

CONVALESCENCE ❖ FIÈVRES

Anémie — Débilité — Cachexies

QUINIUM LABARRAQUE

Approbation du L'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

VIN TONIQUE — FÉBRIFUGE — DIGESTIF

Exactement titré et dosé — Contient tous les principes utiles du quinquina.
(8 gr. de principes toniques et 1 gr. 50 d'alcaloïdes par litre)
DOSE. — *Un verre à liqueur avant ou après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny et C-ie), 19, rue Jacob, Paris

---

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE

Vertiges.
Étourdissements.
Crampes d'estomac.
Vomissements nerveux.

Hystérie.
Spasmes — Syncopes.
Convulsions,
Coliques hépatiques.

PERLES d'ÉTHER CLERTAN

PRÉPARÉES PAR UN PROCÉDÉ
APPROUVÉ par L'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Enveloppe extra-mince.—Dissolution immédiate DANS L'ESTOMAC.—Efficacité certaine.
Dosage rigoureux : 5 gouttes d'éther par perle.
DOSE : 4 à 10 perles par jour.

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny et C-ie), 19, rue Jacob, PARIS.

NÉVRALGIES — MIGRAINES

CATARRHES chroniques de la VESSIE et des BRONCHES
GUÉRI PAR LES

PERLES d'ESSENCE de TÉRÉBENTHINE CLERTAN

PRÉPARÉES PAR UN PROCÉDÉ
APPROUVÉ par L'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Enveloppe extra-mince.—Dissolution immédiate DANS L'ESTOMAC.—Efficacité certaine.
Dosage rigoureux : 5 gouttes par perle.
DOSE : 4 à 12 perles par jour.

Toutes Pharmacies — Maison L. FRERE 19, rue Jacob, PARIS.

Anul VI, No. 2 Februarie 1910. Volumul I.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. POENARU CĂPLESCU
Chirurg al policlinicei Aşezămintelor Brâncoveneşti.

Rezultatul conjunctivo reacţiunei la tuberculină
în
Tuberculoza chirurgicală.

E de mult stabilit că succesele terapeutice în tuberculoză sunt proporţionale cu precocitatea diagnosticului. Hippocrate acum 2400 ani spunea că bolnavul ftizic dacă e căutat de la început se vindecă şi istoricul Herodot vorbind de tuberculoză, afirma ereditatea şi era convins că se poate vindeca.

In zilele noastre Grancher afirmă că tuberculoza pulmonară e curabilă şi chiar cea mai curabilă dintre boalele cronice.

Dar cu civilizaţiunea la care am ajuns, cu centrele mari industriale, cu condiţiunile actuale de trai, tuberculoza fiind astăzi o boală socială care decimează popoarele mai mult ca ori când; precocitatea diagnosticului pe lângă înlesnirea succesului terapeutic joacă şi un rol capital profilactic.

In medicină dar chestiunea tuberculozei are o aşa de mare importanţă în ori care specialitate, că fie-care din noi trebue să-i dăm o deosebită atenţiune. Chirurgul în special trebue să cunoască cât mai bine patologia generală a marelor procese morbide pentru a nu fi în practica sa un simplu instrument al medicului de boale interne. Chirurgul trebue să cunoască bine terenul pe care operează, căci alt-fel se expune la erori grave şi exemple cu observaţiuni se pot cita numeroase. Nu mai amintesc că tuberculoza chirurgicală e foarte frequent concomitentă cu cea medicală.

Condus de această noţiune am studiat chestiunea tuberculozei, şi a diagnosticului precoce, am urmărit cu un viu interes progresele realizate în ultimii ani prin studiul tuberculinelor şi încă din vara anului 1908 am întrebuinţat în serviciul meu oftalmo-reacţiunea pentru diagnosticul tuberculozelor chirurgicale spre a-mi forma o convingere proprie asupra valorei acestui mijloc de diagnostic.

Rezultatul primelor 100 de observaţiuni l'am comunicat societăţei de chirurgie în şedinţa din 28 Februarie 1909.

La congresul din Washington care a avut loc la 25 Septembre 1908 prof. Calmette termină expunerea noului procedeu de diagnostic ast-fel: „Quoique nos espoirs un peu déçus ne nous laissent plus le droit de considérer la tuberculine comme un remède spécifique de la tuberculose, il semble pourtant, dans cette substance que Robert Koch nous a fait connaître, que l'humanité doit trouver désormais une arme puissante, qui lui permettra d'organiser avec de sérieuses chances de succès la lutte contre le terrible fléau qui menace de la décimer".

De sigur că utilizarea toxinei agentului infectant pentru a face să reacţioneze organismul infectat, e cea mai precisă metodă pentru a diagnostica o boală microbienă.

In specie, e adevărat că nici laboratorul nici clinica nu dau indicaţiuni aşa precise pentru a pune în evidenţă focarele latente de tuberculoză, cum dau reacţiunile produse de tuberculină.

Ca dovadă de dificultate în punerea diagnosticului tuberculosei precoce cităm numeroasele semne clinice descrise în autori clasici şi în lucrarea d-lui Docent dr. Tatuşescu, apoi metodele de laborator întrebuinţate pe rând: *Bacilloscopia, puncţia plămânului, inoscopia, injecţiunea cu serum, aglutinaţiunea, cyto-diagnosticul, diazo-reacţiunea lui Ehrlih, radiografia, chimismul respirator* etc.

In ultimul timp studiul tuberculinelor a luat o mare desvoltare şi metodele de tuberculinizare pentru diagnosticul precoce tind a lua o preponderenţă asupra metodelor clinice. S'au descris pe rând *injecţiunile cu tuberculină, cuti-reaţiunea, intradermo-reacţiunea, sub cuti-reacţiunea, intradermo-reacţiunea lui Mantoux, tuberculinisarea percutanată a lui Moro, oftalmo-reacţiunea, rhinoreacţiunea şi auriculo-reacţiunea.*

Sub cuti-reacţiunea

In 1890 Koch cel d'ântâi în scop terapetic a preparat un extract concentrat de bacili tuberculoşi pe care l'a numit *tuberculină*.

Incercările sale n'au avut succesul dorit căci tuberculina produse reacţiuni prea violente cu rezultatele pe cari le cunoaştem toţi. Mai târziu Bergmann avu ideea de a întrebuinţa tuberculina în scop de a stabili diagnosticul tuberculozei şi s'a servit la om de aceiaşi tuberculină dar în doze mult mai slabe de cât Koch. Pentru prima oară a întrebuinţat-o într'un caz de tumoră a obrazului suspectă de natură tuberculoasă, rezultatul fu pozitiv. Organismul reacţionează la inoculaţiunea soluţiunei de tuberculină prin ridicarea temperaturei şi printr'o congestiune locală a focarului tuberculos. (Koch).

Lucrările mai recente ale lui Krauss, Spengler, Turban, Bock, Rumpht, Guinard. Hutinel, M. Labbé, etc., au servit a da acestei metode de diagnostic, tecnica pe care o întrebuinţăm acum.

Individul apiretic primeşte o primă inoculaţiune de 0.2 miligrame dacă e copil. Dacă nu se produce reacţiune se face o nouă injecţiune cu aceiaş doză după trei zile; dacă şi această injecţiune a fost negativă, se mai face una după alte 3 zile cu aceiaş doză sau cu o doză mai slabă.

Când toate 3 injecţiuni au fost negative, ne e permis să credem că individul nu are leziuni tuberculoase.

Când reacţiunea e positivă, după prima injecţiune temperatura se ridică cu 1°—1°, 5 timp de 12—24 ore, pulsul devine frequent 100—120 pe minut.

Aceste injecţiuni de tuberculină, moderate şi în doze progresive ar fi inofensive după uni autori, dar alţii au avut de înregistrat accidente supărătoare asupra organismului. S'a constatat redeşteptarea tuberculozei în focarele latente, une-ori febra persistentă şi prea ridicată a slăbit bolnavul alarmând pe cei din jurul lui, alte ori s'au produs complicaţiuni ca: dureri de cap, hydrofobie, embriocardie, spasm glotic, ipertrofia splinei, congestia ficatului etc.

Cuti-reacţiunea

Von Pirket din Viena, a făcut la 8 Mai 1907 o comunicare la societatea medicilor din Berlin asupra unui nou procedeu de diagnostic al tuberculozei căruia i-a dat numele de *cuti-reacţiune*, prin care arăta că la copii mici atinşi de scrofule sau de alte forme ale tuberculozei, aplicarea unei picături de tuberculină pe o scarificaţiune cutanată, provoacă în acest punct o adevărată vesico-pustulă, proeminentă, mărginită de o aureolă roşie închisă.

Reacţiunea apare după 24 ore, e însoţită de puţină durere şi inflamaţiune. La copii sănătoşi se observă câte odată o roşeaţă trecătoare fără edem. Dar această reacţiune pierde mult din valoare la indivizi mai în vârstă sau la copii mari cari reacţionează totdeauna. Această metodă nu poate fi întrebuinţată decât la sugaci şi copiii mici. După această comunicare au apărut numeroase lucrări cari tind să perfecţioneze această metodă care prin tecnica simplă pare să fie practică pentru diagnosticul tuberculozei.

Sero-diagnosticul a dat rezultate contradictorii. Acest diagnostic seamănă cu sero-diagnosticul lui Widal pentru febra tifoidă şi constă în a căuta puterea de aglutinare a culturilor de bacili prin serul sanguin al tuberculoşilor. A fost studiat şi descoperit de Arloing şi Courmont la 1898.

Tuberculinisaţiunea percutanată a lui Moro

Reacţiunea percutanată constă în fricţiunea pe piele cu o pomadă compusă din:

Tuberculină brută 5 cmc.
Lanolină anhidră 5 gr.

Sediul fricţiunei poate fi diferit; în jurul mamelonului, pe abdomen, pe faţa internă a braţului, pe epigastru etc.

Fricţiunea se face cu degetul apăsând cu o presiune mijlocie. Pe o suprafaţă de piele cu diametru de 5 cm. e suficientă o cantitate de pomadă cu tuberculină cât un bob de mazăre. Durata fricţiunei de 30 secunde până la 1 minut.

Regiunea fricţionată se lasă descoperită vre-o 10 minute. Dacă nu s'a produs nici o reacţiune pe pielea fricţionată, rezultatul este negativ. Dacă reacţiunea e positivă, observăm nişte eflorescenţe papuloase, nodulare, de coloare roşie deschisă, de mărimea unui bob de mei sau mai mari, cari presintă în vârful lor o mică vezicula cu conţinut turbure. Papulele sunt adesea înconjurate de o zonă inflamatorie, roză, abia perceptibilă şi sunt sau diseminate în mod discret sau formează grupe mici cu fondul roşu. Procesul reacţiunei seamănă cu *Lichen scrofulosorum*. Reacţiunea trebue observată timp de 48 ore şi persistă urme 2—3 săptămâni cari pot fi pigmentaţiuni brune închise. Kanitz a observat în dreptul foliculilor din regiunea fricţionată noduli de mărimea unei gămălii de ac cari au persistat mai mult de 2 luni şi semănau cu *Keratoza foliculară*.

Această reacţiune nu apare la bolnavi cu leziuni prea înaintate.

Intra-dermo reacţiunea lui Mantoux

In şedinţa Academiei de ştiinţe din Paris la 10 August 1908 Charles Mantoux de la Cannes-le-Cannet a comunicat un nou mijloc de diagnostic al tuberculozei constând în injectarea unei minime cantităţi de tuberculină în grosimea dermului, arătând superioritatea metodei prin simplicitatea ei, prin sensibilitatea extraordinară şi mai ales prin statornicia rezultatelor putând înlocui înjecţiunea ipodermică cu tuberculină care e periculoasă. Injecţiunea întradermică se poate practica în ori-ce regiune, dar se preferă regiunea anterioară a coapsei şi cea deltoidienă.

Când reacţiunea e pozitivă apare o pată eritematoasă devenind repede un nodul infiltrat, indolent, roşu mai întâi, violaceu mai tărzíu şi aproape echimotic la sfârşit. Se injectează o picătură dintr'o soluţiune de tuberculină 1/5000 adică o sutime de miligram de tuberculină.

Rhino reacţiunea la tuberculină a lui Lafitte Dupont şi Molinier

La 13 Martie 909. au publicat în Pressa Medicală. un nou procedeu de diagnostic al tuberculozei prin aplicarea unui tampon muiat în soluţiunea de tuberculină Calmette 1°/₀, fie pe mucoasa nazală, fie pe a septului nasal sau a cornetelor inferioare şi numit *rhino reacţiunea.*

Tamponul trebue ţinut cel puţin 10 minute pe mucoasă în care timp bolnavul trebue să stea liniştit. Rinoreacţiunea este caracterizată prin apariţiunea unui exudat localizat în punctul de aplicaţiune pe mucoasă. Exudatul e precedat de o congestiune şi la început e umed, apoi se usucă şi formează o crustă galbenă pe care une-ori poate apare mici pete emoragice prin extravasarea globulelor sanguine. Reacţiunea se manifestă după 18—48 ore de la tamponare, poate să dureze 7—10 zile şi mucoasa rămâne une-ori congestionată. In exudat se găsesc globule albe cu nuclei alteraţi, polinucleare multe şi hematii.

Auriculo reacţiunea lui Tedeschi *(Semaine Médicale 18 August 909).*

Metoda lui Von. Pirquet dând în unele cazuri rezultate nesigure, Tedeschi a căutat să perfecţioneze tecnica, de oare ce uneori e greu a ne da seama precis de înduraţiunea ţesuturilor sub jacente dermului şi apoi valoarea reacţiunei poate fi compromisă prin scurgerea unei cantităţi oare-care de sânge ce nu poate fi înlăturată când practicăm scarificaţiunea şi care sânge poate da loc unei resorbţiuni mai mari sau mai mici de tuberculină.

Tedeschi a renunţat la scarificaţiuni preferând a înjecta în ţesuturi o cantitate mică şi riguros dozată de tuberculină.

Ii trebuia însă o regiune a corpului care prin topografia sa, prin natura ţesăturilor, a vascularizaţiunei şi mai ales a existenţei unui substratum mai mult sau mai puţin dur, să permită a aprecia mai bine fenomenele reacţionale profunde şi foarte importante. După încercări multiple autorul se-opri asupra pavilionului urechei care pare a răspunde tuturor dezideratelor. Toată suprafaţa externă a acestei regiuni repauzează pe un ţesut conjuctiv aşa de dens în cât este câte-odată imposibil de a găsi limita între derm şi pericondru. Bogăţia vasculară a pavilionului urechei e de natură a favoriza reacţiunea, în plus se poate aprecia şi mai lesne din cauza transparenţei regiunei.

In cazuri de reacţiune slabă se obsearvă numai o înduraţiune a dermului, care în altă-regiune poate să fie trecută cu vederea. Alte-ori se observă o roşeaţă şi o tumefacţiune întinsă. Dar fenomenul tipic constă în apariţiunea la nivelul punctului unde s'a făcut injecţiunea, a unei vezicule superficiale, transparentă, care după 12—24 ore a ajuns la complecta desvoltare şi se usucă după 2—3 zile. In conţinutul acestei vezicule se găsesc leucocyte puţin numeroase, mai ales polinucleare cu mici granulaţiuni bazofile, rar limfocite mononucleare şi hematii.

Auriculo reacţiunea este inofensivă ca şi intradermo reacţiunea, este o metodă mai superioară după autor fiind lipsită de unele cauze de eroare inerente altor metode. Auriculo reacţiunea pune mai bine în evidenţă înduraţiunea profundă care este şi mai uşor de apreciat şi de văzut din cauza ţesăturilor regiunei pavilionare.

Conjunctivo reacţiunea în tuberculoza chirurgicală.

Am crezut că e bine şi mai corect a întrebuinţa termenul de *conjunctivo-reacţiune* în loc de *oftalmo reacţiune*, care e impropriu de oare ce autorul metodei afirmă că se obţine şi trebue să obţinem reacţiune *numai* din partea conjunctivei. Ori prin oftalmo reacţiune s'ar înţelege reacţiuni şi din partea globului ocular şi din partea organelor accesorii. Nu voi intra în studiul amănunţit al conjunctivo reacţiunei fiind un subiect cunoscut şi asupra căruia la noi D-ra

Dr. Angela Voia a făcut o valoroasă teză inaugurală în 1909. Importantele lucrări de D-lor D-ri Slătineanu şi Irimescu au fost publicate în această revistă precum şi celelalte teze susţinute la noi cu privire la tuberculine, se găsesc citate la urmă în bibliografie pe care am căutat să o dau cât mai complect posibil.

Din bibliografia cercetată de mine se vede că relativ la oftalmo reacţiunea in tuberculozele chirurgicale s'au publicat foarte puţine lucrări în raport cu numărul foarte mare de monografii publicate cu privire la reacţiunile în tuberculoza medicală.

Comunicarea făcută la 17 Iunie 1907 Academiei de ştiinţe de Profesorul Calmette asupra noului procedeu de a diagnostica tuberculoza prin oftalmo reacţiunea la tuberculină, a provocat un viu entusiasm în centrele medicale. Acest procedeu uşor şi practic permitea practicianului de a fi în scurt timp fixat asupra naturei unor leziuni cari nu puteau fi apreciate prin metodele clinice cele mai scrupuloase. S'a ivit însă critici cu privire la rezultate, la accidentele şi complicaţiunile ce pot urma acestei metode.

In acelaş timp cu Calmette profesorul Wolff-Eissner din Viena comunica Soc. de Medicină din Berlin rezultatele obţinute prin ajutorul unui nou procedeu de reacţiune conjunctivală la tuberculină, a indivizilor tuberculoşi şi dedea o primă serie de 150 bolnavi. La început experimentase pe animale: soluţiunile pe cari le întrebuinţase erau prea concentrate în cât credea că noua sa metodă nu va putea fi aplicată la om. Calmette a arătat că metoda e fără pericol daca se întrebuinţează soluţiuni foarte slabe de tuberculină fără glicerină; dânsul a perfecţionat tecnica şi a vulgarizat-o.

Technica conjunctivo-reacţiunei

N'am vorbit de tuberculină şi nu e locul aci a intra în detalii dar e un punct important şi trebue menţionat. Sunt mai multe feluri de tuberculine şi rezultatele variază după tuberculina întrebuinţată. Trebue o anumită tuberculină pentru ca conjunctivo-reacţiunea să aibă semnificarea complectă. Voi trece deci în revistă tuberculinele întrebuinţate în Franţa şi în Germania.

Limfa lui Koch sau tuberculina brută. Se face o cultură de bacili Koch într'un bulion glicerinat care se lasă la etuvă la o temperatură de 37° sau 38° timpt de şease săptămâni. Apoi se sterilizează cultura la 110°, se concentrează până la a zecea parte din volumul său prin căldură la 100° (bain marie) sau prin vid. Cultura se prezintă atunci sub forma unui lichid brun şi gros, se filtrează şi pentru conservare se adaugă fenol 0,05°/₀. In Germania se întrebuinţează această tuberculină.

Tuberculina uscată (Calmette). Se ia tuberculina Koch şi se tratează prin alcool de 95°, se produce în general un precipitat. Dacă precipitatul nu se face, e suficient de a adăuga o mică cantitate de clorur de sodiu şi se vede apărând precipitatul: tuberculina. Lichidul e filtrat, se culege precipitatul şi se usucă la căldură sau în vid, apoi se disolvă în apă. Se repetă operaţiunile de două ori şi se obţine o pulbere alburie ce poate fi întrebuinţată. Aceasta este în principiu tuberculina uscată întrebuinţată în Franţa.

Intre aceste tuberculine este o mare diferenţă; tuberculina lui Koch este o soluţiune a cărei concentraţiune nu se cunoaşte; tuberculina uscată este un produs definit cel puţin în greutate. Este deci mai prudent a întrebuinţa tuberculina uscată căci nu conţine glicerină care irită mucoasa conjonctivală.

Ecker, Paschkis şi Ferthles după întrebuinţarea vechei tuberculini Koch, au preferat tuberculina Calmette.

Institutul Pasteur din Lille liberează tuburi conţinând 0,01 gr. şi 0,005 gr. de tuberculină cari sunt foarte practice pentru prepararea soluţiunilor necesare conjunctivo-reacţiunei.

Technica instilaţiunei. Inainte de a procede la instilaţiune, trebue să observăm dacă bolnavul nu prezintă contraindicaţiuni pentru conjunctivo-reacţiune. Nu numai ochiul în care instilăm dar şi cel-lalt trebue să fie sănătoşi.

Se dizolvă 0,01 gr. de tuberculină Calmette în 20 picături de apă distilată căldicică, obţinând ast-fel o soluţiune de 1°/₀ şi practicăm conjunctivo-reacţiunea cu o asepsie riguroasă.

Aşezăm bolnavul pe scaun sau îl culcăm, îi lăsăm capul pe spate, cu mâna stângă scoborâm pleoapa inferioară spunând bolnavului să privească în sus şi în afară. In acest moment instilăm cu mâna dreaptă o picătură de soluţiune pe care o facem să cadă în fundul de sac conjonctival intern al ochiului. Ţinem pleoapa inferioară scoborâtă aproape un minut.

Recomandăm bolnavului să nu atingă ochiul, să nu-l frece. La copiii mici sau la cei turbulenţi ne trebue un ajutor care să-i ţie capul şi să-i scoboare pleoapa inferioară. Operatorul ridică pleoapa superioară şi instilează picătura. Dacă copilul plânge în timpul instilaţiunei, e cert că picătura s'a diluat, s'a şters; nu trebue să ţinem seamă de rezultat.

Copilul trebue supraveghiat să nu-și frece ochiul.

Wolff-Eisner acoperă ochiul cu un geam de ceasornic sau cu un capac de celuloid pentru a înlătura contactul cu exteriorul.

Tixier și Villaret, la bolnavii din spital, pentru a înlătura contagiunea întrebuințează acelaș procedeu.

E prudent să recomandăm bolnavului să nu iasă din casă în zilele cari urmează instilațiunea pentru a-l feri de praf, frig, umezeală etc.

Studiul citologic al conjuctivo-reacțiunei

Conjuctivo reacțiunea nu este singurul fenomen care să ajute diagnosticul tuberculozei căci și examenul istologic al exudatului conjuctival servește în stabilirea diagnosticului și mai mulți autori l'au studiat în special.

Instilațiunea tuberculinei produce fenomene intime în conjuctivă și ochi, cari sunt diferite, după cum se instilează la oameni sănătoși sau la tuberculoși, de și un simplu examen al conjuctivei nu ne poate arăta aceste fenomene în primele ore după instilațiune. In adevăr, cu tot aspectul său normal, ochiul nu mai prezintă integritatea sa fiziologică, după cum a demonstrat întâi Sabrazès și Dupérié, lucrările lor au fost confirmate de Mongour și Brandes.

Morax și Carlotti, Lafon și Lautier, examinând istologic lacrămile, imediat după o instilațiune cu tuberculină, au constatat o modificare importantă în compozițiunea lor normală. După 2 ore de la instilațiune la tuberculoși, se observă o reacțiune manifestă: se găsesc mononucleare și numeroase polinucleare; se știe că în stare normală lacrămile nu conțin aceste elemente. După 5 sau 6 ore, reacțiunea conjunctivei devine aparentă la simpla inspecțiune și în acest moment lacrămile nu mai conțin de cât polinucleare nealterate.

După acest stadiu leucocitoza devine mixtă ea produce un exudat care se adună în unghiul intern al ochiului.

Studiul cytologic al acestui exudat a fost făcut de Sabrazès și Dupérié. Concrețiunea este constituită din mici mase alburii nu de fibrină ci de mucus. Leucocytele polinucleare intacte sunt prinse în acest mucus: totuși unele prezintă câte o dată vacuole sau degenerescență grăsoasă și reacțiunea iodo-filă reușește. In acest mucus conjunctival se găsesc și celule epiteliale mai mult sau mai puțin alterate, se mai văd puține limfocite și globule sanguine, rar se întâlnesc eosinofile izolate. Cu tot aspectul purulent al exudatului, în general nu se găsesc microbi.

Iată tecnica întrebuinţată de Mongour şi Brandes: Intinde exudatul pe o lamelă, îl fixează prin căldură la 110°, au întrebuinţat colorante variate (thionină, hemoleină, eosină şi triacid Ehrlich). Rezultatele lor sunt aproape identice cu ale lui Sabrazès, Dupérié şi ale lui Goldenberg I., adică: leucocitoză abundentă din care 98-99°/₀ polinucleare, 1-2°/₀ mononucleare şi câte-va hematii.

Polinucleoza începe la 2 ore după instilaţiune 32°/₀-60°/₀ şi se măreşte treptat, cu cât reacţiunea conjuctivală e mai intensă, cu atât polinucleoza e mai accentuată.

Polinucleoza se manifestă chiar în cazurile de reacţiune conjuctivală foarte slabă. Din acest fapt reese importanţa examenului citologic, el permite poate chiar de a face instilaţiunile cu doze foarte slabe de tuberculină, producând ast-fel conjuctivo-reacţiuni uşoare şi lipsite de ori-ce pericol. Examenul citologic precizează diagnosticul în reacţiunile cu o slabă hiperemie, unde am avea îndoială asupra reacţiunei, dacă este sau nu pozitivă. In cazul când am găsi numai câte-va celule epiteliale în lichidul conjunctival, am putea afirma că conjuctivito-reacţiunea este negativă.

In câte-va cazuri, d-l profesor Lapersonne a găsit microbi saprofiţi vulgari şi odată numai baccili lui de Weeks. Dumarest F. şi Arloing F. (Province medicale 12 Oct. 907), cari se serveau de tuberculină Vicario 1°/₀ au emis părerea că oftalmo-reacţiunea e foarte probabil în raport cu acţiunea vaso-dilatatoare proprie tuberculinei, proprietate ce are toxina de a relaxa fibrele circulare ale vaselor şi ale capilarelor influenţând în acelaş mod muschiul irisului. Această reacţiune se observă numai în primele 34 ore după instilaţiune şi însoţeşte reacţiunile intense.

Arloing mai insistă asupra faptului că reacţiunea se produce la indivizii în stare de intoxicaţiune, adică la acei al căror organism e impregnat şi sensibilizat de o toxină oare-care, care însă să fie şi vaso-dilatatoare.

Din studii experimentale Arloing deduce că oftalmo-reacţiunea nu ar avea o valoare specifică, căci s'ar putea să reacţioneze bolnavi cari ar fi sub influenţa altei toxine de cât cea tuberculoasă. Aşa explică el de ce bolnavii cu febră tifoidă reacţionează la instilaţiunile cu tuberculină.

Badralexi (citat în bibliografie) a cercetat conjuctivo-reacțiunea la tuberculină pe 33 tifici, dar numai 2 au reacționat pozitiv cari erau și tuberculoși. Dl. prof. agregat Stănculeanu a făcut pentru prima oară studiul complect anatomo-patologic al oftalmo-reacțiunei. (v. bibliografia). Nu intru aci în detalii.

Tablou statistic de rezultatele conjunctivo reacțiunei

	Tuberculoși			Suspecți de t. b. c.			Netuberculoși		
	Total	Conj. R. +	Conj. R. —	Total	Conj. R. +	Conj. R. —	Total	Conj. R. +	Conj. R. —
Bilin	13	13	0	—	—	—	40	10	22
Boldwin Looke	14	43	2	26	20	6	21	2	19
Blumel	153	141	12						
Cohn	86	60	26	49	23	26	188	10	178
Citron	31	25	6	14	11	3	45	1	44
Denis	10	9	1						
Dufour Brousle	13	12	1				15	1	14
Dersheid	9	9	0				12	0	12
Eppenstein	48	47	1				73	4	69
Fertl	32	27	5	48	30	18	70	5	65
Guinon et Reubsait	16	14	2				61	6	55
Grasset	8	7	1	8	5	3	15	1	14
Kohler	170	162	8	5	5	0			
Korchinski	57	48	9	12	12	0	35	10	25
Kretkowcki	12	12	0				4	0	4
Krantz	135	242	73						
Lautier	61	57	4	23	12	10	36	1	35
Lafon	74	10	64				83	24	59
Lesieur et Charlier	75	60	15	44	23	21	56	11	45
Levy	41	35	6	54	32	22	235	6	229
Letulle	75	72	3				50	10	49
Luria	23	21	2	13	10	3	14	2	22
Lesné	36	35	1	17	7	10	10	0	10
Mautoux							200	16	184
Metraux	15	14	1	11	9	2	42	2	40
Schenk și Seifert	28	22	6	20	6	14	23	3	50
Scorchewski	9	8	1	3	3	0	48	7	41
Sironi	12	12	0				19	0	19
Smithies, Walker, Austin și Grunbaum	20	18	2				50	0	50
Thiis	26	20	6	16	7	9	88	9	70
Valff Eissner	64	34	30	20	12	8	192	35	157
Total	1.649	1.315	334	392	233	359	1.779	187	1.592
		80,9%	19,1%		59,4%	41,6%		10,5%	89,5%
Zoeppritz	108	98	10	44	5	39	154	11	143
Poenaru Căplescu	153	134	14	4		4	7		7

Concluziunile statisticelor

Din citirea tabloului statistic vom observa îndată diferenţa isbitoare de la un autor la altul, căci numărul reacţiunilor pozitive la tuberculoşi oscilează între 50-96°/₀, la indivizii suspecţi oscilează de la 30-80°/₀ şi la indivizii sănătoşi de la 0-8°/₀.

Iată încă un tablou demonstrativ (după J. Goldenberg) Paris, 1909.

	Tuberculoşi	Suspecţi	Sănătoşi
Audeaud . . .	R + 94 °/₀	+ 81°/₀	+ 8,3 °/₀
Citron.	80,7 „	80 „	2,2 „
Eppenstein. . .	72,3 „	40 „	0 „
Schenk	78,6 „	30 „	5,8 „
Petit	96,32 „	61,6 „	18,43 „
Media generală	80,9 „	59,4 „	10,5 „

Iată şi rezultatele cele mai importante pe scurt ale reacţiunilor organismului bolnav sau sănătos la tuberculine.

Din cauză că am numit reacţiunea oculară, *conjuctivo-reacţiune*, iniţialele concluziunilor ce urmează au următoarea semnificaţiune:

S. C. R. = sub cutireacţiune
C. R. = cutireacţiune
O. R. = oftalmo reacţiunea
Conj. R. = conjuctivo reacţiunea în observaţiunile mele.

Baginsky S. C. R. dă rezultate mai precise.

Vallée maleina dă C. R. la cai morvoşi.

Esherich Reacţiunea la înţepătură are o valoare semiologică analoagă cu a C. R.

Moser E de părere a se încerca la mume şi doici pentru lăptare sau au.

Moro. Formaţiunea de flictene conjuctivale este o parareacţiune a inoculaţiunei cutanate, este o reacţiune la distanţă, depinzând de hipersensibilitatea locală.

Burnet. Auto-cuti reacţiune. Histologie la cobay Sub crustă se găsesc mai ales polinucleare. Tuberculina are o chimiotoxie pozitivă.

Feer. Cutireacţiunea a fost pozitivă la toţi tuberculoşi în număr de 46.

Sobrazes şi **Dupérié.** In exudatul oftalmo reacţiunei se găseşte numai polinucleare şi nici odată bacterii.

Dercheid. 9 0.R+la 9 tuberculoşi şi 11 0R—la 11 netuberculoşi.

Citron. Crede că cuti reacţiunea nu are valoare la adult pe când oftalmo reacţiunea este escelentă.

Slătineanu. Oameni sănătoşi prezintă C. R. mai intense de cât tuberculoşi. Reacţiuni frumoase la cobay tuberculoşi.

Calmette. OR mai exactă de cât CR.

Bazy. 4 OR+pe 20 tuberculoze chirurgicale.

Soulié. 34 OR+pe 50 bolnavi 2 OR—la 2 muribunzi.

Lesné şi Marre. 35 OR+pe 36 tuberculoşi evidenţi.

Pirquet. OR se execută uşor, dar e puţin recomandabilă din cauza delicateţei ochiului 988 cazuri. Tuberculoza latentă e frequentă la côpii.

Rietschel 1 CR + pe un sugaci tuberculos cliniceşte din 80. La alţi 2 tuberculoşi C.R. — Discordanţe între CR—SCR şi aglutinaţiune.

Olmer şi Terras CR nu există la toţi adulţii, este o metodă mai puţin sigură decât OR. cu tuberculina Calmette.

Pirquet 100 de autopsii şi cutireacţiuni. In 52 cazuri C.R şi autopsia negative. Din 32 cuti R. + au fost 31 autopsii pozitive şi într'un caz ipertrofie ganglionară şi aderenţă pleurală.

Czerny CR + la toţi adulţi, CR la toţi sugaci, CR bună pentru practica spitalicească, în clientelă ne arată tuberculozu când nu putem face nimic eficace în contra ei.

Hirschler CR dă prea mult rezultate pozitive.

Schleissner 200 CR. la copii. CR e superioară S. C. R.

Okolocsanyi şi Kuthy CR la mulţi bolnavi din sanatorii.

Dufour 200 OR. la copii. Absenţa OR la prima probă nu implică absenţa tuberculozei şi OR + după a 2-a sau a 3-a probă nu infirmă primul rezultat negativ.

Kohn S. O. R. la tifici 300 cazuri. Tifici reacţionează foarte des +.

Mainini. 208 cazuri de C. R. şi 100 cazuri de O. R. comparate. Se pare că O R indică o tuberculoză activă iar C R o tuberculoză latentă.

Morelli, a avut următorul rezultat comparativ:

Tuberculoşi siguri	96°/o C R +,	86°/o O R +
Tuberculoze chirurgicale . .	72°/o C R +,	63°/o O R +
Tuberculoze dubioase . . .	42°/o C R +,	42°/o O R +
Netuberculoşi	22°/o C R +,	14°/o O R +

C R e mai sensibilă deci mai sigură.

Plehn. Nu e partizanul răspândirei în practică a O. R.

Cozzolino. Pirquet şi Calmette nu pot detrona S. C. R. inofensivă şi sigură.

Debelut pe 1400 observaţiuni a constatat că la îndemnii de tuberculoză conjuctivo-reacţionară se producea în proporţiune de 14,72°/o, iar la tuberculoşi proporţiunea conjuctivo-reacţiunei negative n'a fost de cât 1,75°/o.

Petit pe 3068 observaţiuni dă pentru suspecţi de tuberculosă, proporţiunea de reacţiune pozitivă 61,6°/o pentru tuberculoşi 96,32°/o şi pentru indemni cliniceşte 18,43°/o. Aceste deosebiri trebuesc explicate prin faptul că autorii citaţii au întrebuinţat tuberculine deosebite şi în concentraţiuni deosebite 1°/o sau 2°/o, etc.

Apoi variaţiunile depind şi de timpul când se notează rezultatul. Dacă timpul de la instilaţiune a fost prea scurt se vor fi trecut drept negative, cazuri cari ar fi reacţionat mai târziu. Soluţiunea de tuberculină joacă un rol important, aşa Stadelman care n'a întrebuințat de cât soluțiunea 1$^0/_0$ a avut la tuberculoși 30 reacțiuni pozitive din 64 iar Blumel care a întrebuințat soluțiuni de 3$^0/_0$-4$^0/_0$ a abținut 141 rezultate pozitive pe 142.

In tot cazul e bine să se facă examenul anatomo-bacteriologic al secrețiunei în cazurile negative.

Studiul clinic al conjunctivo-reacțiunei

Definițiune Conjunctivo-reacțiunea pozitivă din punct de vedere clinic este o conjunctivită provocată prin instilațiune în fundul de sac inferior a unei soluțiuni de tuberculină. Intr'o conjunctivo-reacțiune de intensitate mijlocie instilațiunea unei picături din soluțiunea de tuberculină Calmette 1$^0/_0$, în fundul de sac conjonctival inferior la un tuberculos, produce după 3-5 ore puțină roșeață a carunculelor lacrimale cari devin mai proeminente, areolele vasculare normale devin mai aparente, arborizațiunile vasculare ale conjunctivei bulbare se desemnează în mod foarte clar; conjunctiva palpebrală inferioară devine de o coloare roșie vie; adeseo o picătură de muco-puroi apare la unghiul intern al ochiului.

Calmette spune că după 5 ore de la instilațiune, uneori chiar înainte de 3 ore (Goldenberg J.) toți tuberculoși prezintă o conjunctivită a conjunctivei palpebrale foarte aparentă; care se colorează roșu viu și devine sediul unui edem mai mult sau mai puțin pronunțat. Caruncului se umflă, se roșește și se acoperă de un exudat fibrinos; injecțiunea vasculară se accentuează puțin câte puțin și apare lacrămarea. După șase ore secrețiunea fibrinoasă devine mai abundentă, produsele sale se adună în filamente în fundul de sac conjunctival inferior; maximul reacțiunei are loc în general cam între 6 și 10 ore. Bolnavi nu au dureri dar se plâng de o supărare, de oare-și cari arsuri ușoare, a căror importanță este proporțională cu cantitatea exudatului. In general nu se observă chemosis. Aceste fenomene se atenuează treptat și dispar după un timp variabil. In general după 18 ore la adult, după 24 sau 36 ore la copil.

La oameni sănătoși instilațiunea tuberculinei nu produce de cât o foarte ușoară roșeață care dispare repede și nu este însoțită nici de secrețiune fibrinoasă nici de lăcrămare.

Intensitatea conjunctivo-reacțiunei este foarte variabilă. Une ori este așa de puțin pronunțată că poate trece neobservată; alte ori este intensă luând caracterele unei conjunctivite flictenulare cu mici emoragii conjunctivale.

După lucrările lui Prevel, Calmette, Petit, Debelut, Goldenberg, etc. se vede că autori au clasificat reacțiunile conjunctivale la tuberculină după intensitate. Așa Wolff-Eissner, Aubaret, Lafon și Aubineau admit 4 forme: ușoară, mijlocie, intensă și foarte intensă; alți ca Vilaret, Tixier și Comby admit numai 3 forme: ușoară, medie și intensă cari sunt descrise ast-fel:

Forma ușoară. După 3 ore de la instilațiune apare o ușoară roșeață difuză pe conjunctiva tarsului inferior apoi foliculi limfoizi devin puțin turgescenți și îndoiturile fundului de sac se îngroașe. Tumefacțiunea ajunge pe îndoiturile semilunare și pe carunculă.

Forma mijlocie Iperemia conjunctivei tarsiene poate să se mărească și să ajungă în fundurile de sac, la periferie apar dungi vasculare, injecțiunea este mai aparentă în unghiul intern al ochiului; lăcrămarea este abundentă și câte-va filamente muco-purulente încep să apară.

Forma intensă se recunoaște după iperemie care se generalizează la toată conjunctiva, în toate cazurile aceste fenomene nu interesează de cât rețeaua vasculară superficial și nu există perikeratită așa că nici irisul nici cornea nici membranele profunde ale ochiului nu sunt atinse prin aceste reacțiuni.

Mai târziu luciul conjunctivei palpebrale dispare, tumefacțiunea fundurilor de sac se mărește și marile trunchiuri vasculare se desemnează pe globul ocular. E rar ca diferitele regiuni ale conjunctivei să sufere o invaziune mai repede. Mucoasa bulbului se edemațiază în cât pare chemotică. Tarsul și carunculul sunt foarte tumefiate, pleoapele edemațiate, deschiderea palpebrală se micșorează. Letulle a observat de 2 ori formațiunea de mici echimoze sub conjunctivale în fundurile de sac inferioare pe conjunctiva bulbară.

Ca semne fizice se observă o lăcrămare neînsemnată în forma ușoară, foarte abundentă în forma intensă. In forma mijlocie și intensă, genele sunt aglutinate de secrețiunea fibrinoasă și meibomienă care s'a uscat pe marginele libere ale pleoapelor; roșeața variază de la nuanța cea mai slabă până la roșu închis.

Bolnavul are sensația de corp străin, simte înțepături iar în formele intense apare fotofobia. Une-ori s'a semnalat o cefalee foarte intensă însoțită de dureri nevralgice în frunte și față. S'a observat une-ori temperatură, insomnie, greață și o stare generală de curbatură.

Data apariţiunei conjuctivo-reacţiunei variază, Citron, Wolff, Léon Petit, Lautier, Prevel, Debelut şi alţii au conchis că reacţiunea apare mai târziu de cât 5—8 ore, ar fi observat-o de la 12—24 ore.

In statistica dată de Goldenberg după Raviart, Lorthinois, Gayet şi Gonnac pe 260 cazuri, conjunctivo-reacţiunea a apărut de 149 ori după 24 ore, de 38 ori după 48 ore şi de 7 ori după 72 ore.

In a doua serie de 335 cazuri, de 117 ori a apărut după 24 ore şi de 35 ori după 48 ore.

Audéaud din Geneva pe 31 cazuri a observat-o tardiv în 6 cazuri. Fourmentin şi Lautier citează 2 cazuri după 48 ore. Rezultă că trebue să examinăm ochiul cel puţin 3 zile în cazurile ce par negative după primele 12—24 ore.

In general reacţiunea se face fără mişcare febrilă, s'a semnalat une-ori o urcare de 0°,2—0°,8 în cazuri pozitive şi de 0°,1—0°,2 în cazuri negative.

Evoluţiunea şi durata conjucivo-reacţiunei variază frequent, apariţiunea ei poate fi precoce, normală, întârziată ori prelungită. In termen mediu durează 3—4 zile, uneori dispare după 24 ore şi rar se prelungeşte. Indivizi netuberculoşi nu reacţionează, sau, apare o uşoară roşeaţă care dispare după 2—3 ore.

La tuberculoşi fenomenele durează cam 18 ore, la copil, la adult dela 24—48 ore (Goldenberg J.). Este o evoluţiune normală.

In observaţiunile mele am constatat şi notat rezultatul conjunctivo-reacţiunei după 24 ore de la instilaţiune.

S'au semnalat cazuri când reacţiunea a dispărut după 10 ore sau chiar mai curând (evoluţie precoce).

La unul din bolnavii lui Goldenberg reacţiunea persista după 12 zile. Lautier citează 28 observaţiuni cu reacţiuni după 7 şi 14 zile. In 4 cazuri a durat mai mult de 15 zile şi într'un caz 3 săptămâni.

Dar sunt şi autori cari susţin că cu tuberculină prea concentrată 3—4°/₀ se pot obţine reacţiuni intense, prelungite şi chiar la oameni sănătoşi (Burnaud). Raviart, Lorthinois, Gayet şi Gonnac raportează 33 cazuri cu durata de 4 zile, 23 cu durata de 7—8 zile.

Renon publică o observaţiune cu durata reacţiunei de 45 zile.

In fine Prevel în teza sa vorbeşte de o infirmieră la care reacţiunea s'a prelungit timp de 5 luni cu exacerbaţiuni în cursul menstruaţiunilor.

Conjuctivo-reacţiunea în serii. Din cauza reacţiunilor prea slabe sau dubioase unii autori au făcut noi instilaţiuni cu tuberculină pe cel-lalt ochi sau chiar pe ochiul instilat prima oară. Au observat că reacţiunea pozitivă se producea după a II-a sau a III-a instalaţiune cu aceaşi doză. După Comby instilaţiunea ori de câte ori ar fi repetată dă acelaş rezultat, adică reacţiunea nu devine mai intensă, dar Londe şi Mongour sunt de părere contrarie, ei pretind că a doua reacţiune este adesea mai intensă. Arloing şi Desmaret au văzut că instilaţiunile succesive produc reacţiuni progresive mai intense şi că une ori reacţiunea nu apare de cât după instilaţiuni succesive, fapt semnalat de Griffon şi Mery în Decembrie 907 la societatea spitalelor din Paris. Klinnerberger spune că reinstilarea de tuberculină în acelaş ochi ar da 78°/₀ rezultate pozitive în cazurile în care o singură instilaţiune a dat reacţiune negativă. Dufour a studiat pe larg acest fenomen, dar nu e locul aci să insist asupra experienţelor şi concluziunilor sale. El admite că prima instilaţiune crează la nivelul ochiului o anafilaxie exclusiv locală care ze produce nu numai la tuberculoşi dar şi la netuberculoşi.

Anafilaxia poate fi generală în cazuri de stilaţiune în amândoi ochi.

Toţi acei care au întrebuinţat pe scară întinsă tuberculinele au studiat şi aceste fenomene (Vallée, Wolff-Eissner, Griffon, Citron, Baur etc.)

In această ordine de idei citez numai importantele lucrări ale lui Slătineanu şi Guerin asupra reviviscenţei conjunctivo reacţiunei. Iată în rezumat faptul: Se face o instilaţiune unui bolnav cu reacţiune pozitivă, după cât-va timp (o lună de ex.) i se face o injecţiune sub cutanată cu tuberculină; apare îndată spontaneu o nouă conjunctivo reacţiune de o intensitate mai mare de cât cea apărută în urma instilaţiunei. Acest fapt a fost observat şi de J. Goldenberg pe observaţiunea XXX-a din teza sa.

Kuss la un bolnav tuberculos latent a făcut o instilaţiune cu rezultat negativ dar după injecţiuni de tuberculină succesiv progresive a apărut o conjunctivo reacţiune pozitivă la ochiul care reacţionase negativ după instilaţiune.

Conjunctivo reacţiunea *recidivantă* a fost de asemenea semnalată (Lautier, Lapersonne şi Levy).

Eu însu-mi am avut ocaziunea să observ o recidivă conjunctivală tipică. O domnişoară cu tumoră ileo cecală clinic tuberculoasă, reacţionează intens la instilaţiunea cu tuberculină, 1 picătură din soluţ. $1^0/_0$. După 4-5 zile totul reintră în ordine. După vre-o 12 zile bolnava după un drum mai lung prin vânt şi praf, face o nouă reacţiune intensă la ochiul instilat pe când la ochiul cel lalt nu prezintă nici o iritaţiune. In acest caz se vede bine că praful şi vântul care n'a avut nici un effect pe conjunctiva normală, a influenţat conjunctiva instilată anterior.

Complicaţiunile şi contraindicaţiunile conjunctivo reacţiunei

De cele mai multe ori o tecnică greşită a dat loc unor reacţiuni oculare prea violente urmate de leziunile altor organe de cât conjunctiva căreia ne adresăm. D-l Prof. Lapersonne a comunicat 7 cazuri de complicaţiuni dintre cari două intra oculare destul de grave cu răsunet irido-ciclic. Cassoute, Citron, Lautier menţionează câte-va cazuri de conjunctivită purulentă şi de Kerato conjunctivite rebele. Reclus şi Bazy dau 2 observaţiuni de recidive conjunctivale, unul complicat de ulceraţia corneei. Prouff a avut un caz de episclerită parţială timp de 4 săptămâni. Eppenstein, Fromaget, Courmont şi Doret au avut cazuri de conjunctivite flictenulare. Harisson 2 conjunctivite flictenulare din cari unul urmat de ulceraţiunea corneei.

Wolff Eissner şi Brandenstein şi Zœppritz, cari au întrebuinţat pe o scară întinsă conj. reacţ. în t.b.c, chirurgicală cred că accidentele sunt excepţionale şi consecutive unei tecnice greşite.

Barbier, Lesné, Robin, Bayet, Poirier, Lemaire, Simonin, Debelut şi Fourmentin au avut complicaţiuni de intensitate şi durată variabilă asupra cărora nu insist. In general aceste complicaţiuni sunt trecătoare, cedează în urma spălăturilor şi compreselor boricate, uneori necesitează unguente speciale.

Contraindicaţiunile formale pentru conjunctivo-reacţiune sunt toate afecţiunile oculare acute sau cronice şi etatea prea înaintată a bolnavilor. De aceea ori de câte ori voim a face instilaţiunea cu tuberculină trebue să examinăm mai întâi cu atenţiune starea conjunctivei şi a globului ocular, dacă individul e bătrân nu facem instilaţiunea.

Defectele conjunctivo-reacţiunei au fost mult discutate şi nu e locul a insista aci. Uneori în cazuri evidente de tuberculoză clinică, reacţiunea e rugativă, alteori în cazuri de sănătate cliniceşte aparentă reacţiunea e pozitivă. Eu însumi am avut reacţiuni negative la 3 bolnavi cu morbul lui Pott dintre cari unul cu abces osifluent.

La oameni tuberculoşi proporţiunea reacţiunilor pozitive variază foarte mult cum variază şi proporţiunea la"/₀ pentru cei sănătoşi. Iată de ce mi-am făcut convingerea că această reacţiune nu poate şi nu trebue să intră în practica curentă pentru diagnosticul tuberculozei.

Conjunctivo-reacţiuneă în serviciul consultaţiunilor chirurgicale ale Policlinicei Aşezămintelor Brâncoveneşti.

Voind a-mi face o convingere proprie de rezultatul conjunctivo reacţiunei la tuberculină, în tuberculoza chirurgicală, am întrebuinţat tuberculina Calinette în soluţiune de 1°/₀ instilând 1—2 picături la bolnavi de mai jos. Trebue să amintesc că bolnavi aceştia urmând un tratament ambulatoriu rezultatul conjunctivo reacţiunei a fost observat şi notat a doua zi după instilaţiune, adică după 24 ore în serviciule meu. Mulţumesc D-lui Dr. Baroncea pentru amabilitatea cu care mi-a procurat soluţiunea de tuberculină necesară. In privinţa timpului după care apare reacţiunea nu mă pot pronunţa, de oarece am examinat conjunctiva bolnavilor mei după 24 ore de la instilaţiune. Cum însă distinsul nostru confrate D-l Dr. Iacobson întrebuinţează tuberculina în serviciul său dela policlinică, am observat rezultatul instilaţiunei la câţi-va copii trimişi de D-sa, după 15-16 ore, dar acele observaţiuni nu sunt consemnate aci.

Iulie 908.

Obs. 1. F. E., de 11 ani, elevă. Adenită cervicală stângă. Conj. R. pozitivă.
„ 2. I. D., de 15 ani, meseriaş. Adenite cervicale. idem
„ 3. E. I., de 11 ani, elevă. „ „ „
„ 4. M. P., de 17 ani, servitor. Tumoare albă a genunchiului. „
„ 5. S. D., de 14 ani, copilă. Adenite cervicale. „
„ 6. D. C., de 18 ani, parlagiu. Adenite cerv. şi sub maxilare. „
„ 7. Z. E., de 20 ani, lucrătoare. Adenite cervicale. „
„ 8. I. N., de 14 ani, elevă. Micropoliadinopatie generalizată periferică. Conj. R. pozitivă.
„ 9. A. W., de 5 ani, copil. Tumoră albă a genunchiului. idem
„ 10. I. P., de 23 ani, plugar. „ „ „ „
„ 11. A. S., de 22 ani, menajeră. Adenită cervicală. „

August 908.

Obs. 12. I. S., de 18 ani, tâmplar, Adenită cervicală. Conj. R. pozitivă.
„ 13. F. S., de 15 ani, lucrătoare. Adenită cervicală. „
„ 14. I. G., de 19 ani, student. Abces rece. „

Septembrie 908.

„ 15. C. H., de 17 ani, cofetar. Adenită cervicală. „
„ 16. E. C., de 19 ani, menajeră. Adenită cervic. supurată. „
„ 17. Z. P., de 27 ani, moaşe. Laringită cronică bacilară şi adenite cervicale. „
„ 18. M. R., de 19 ani, menajeră. Adenită cervicală. „
„ 19. M. P., de 9 ani, copilă. Tumoră albă a genunchiului. „
„ 20. C. A., de 12 ani, cepil. „ „ „ „
„ 21. R. B., de 4 ani copilă. „ „ „ „
„ 22. B. M., de 7 ani, copilă. Adenită cervicală. „

Octombrie 908.

„ 23. A G., de 15 ani, croitoreasă. Adenită cervicală. „
„ 24. M. B., de 8 ani, copilă. „ „ „
„ 25. F. L., de 15 ani, băiat în prăvălie. Adenite cervic. supurate. „
„ 26. J. B., de 13 ani, copil. Adenite cervicale. „
„ 27. I. T., de 24 ani, muncitor. Adenite cervicale. „
„ 28. E. P., de 21 ani, menajeră. Abces rece. „
„ 29. E. D., de 28 ani, maică. Adenite cervicale. „
„ 30. B. V., de 13 ani, elev. Adenită strumoasă cervicală. „
„ 31. C. Chr., de 18 ani, elev. Pleuresie sero-fib. vindecată, ganglioni cervicali. Conj. R. pozitivă.
„ 32. T. S., de 11 ani, ucenic. Adenite cervicale. idem
„ 33. S. T., de 14 ani, elev. Osteită bacil. a metacarpului, fistulă. Conj. R. pozitivă.
„ 34. C. I., de 29 ani, mecanic. Fistule intercostale. idem
„ 35. F. S., de 9 ani, copilă. Adenite cervicale. „
„ 36. M. G., de 14 ani, ucenic ferar. Tumoră albă a genunchiului. „
„ 37. M. F., de 9 ani, copilă. Adenite cervicale. Conj. R. intens pozitivă.

Decembrie 908

„ 38. F. P., de 11 ani, copil. Osteită a metatarsului. Conj. R. slab. pozitivă.
„ 39. M. M., de 11 ani, copilă. Adenite cervicale. Conj. R. pozitivă.
„ 40. I. P., de 19 ani, muncitor. Osteită bacilară a humerusului dr. cu fistule consecutive. Conj. R. pozitivă.
„ 41. A. A., de 14 ani, copil. Tumoră albă tibio tarsienă. idem
„ 42. M. K. de 29 ani, muncitor. Hidrocel supurat. „
„ 43. V. B., de 39 ani, gardist. Morb. Pott. dorsal. „
„ 44. M. N., de 25 ani, student. Osteită costală, adenită axilară strumoasă. Conj. R. pozitivă.

Obs. 45. C. T., de 26 ani, funcționar, Morb. Pott cervical. Conj. R. slab pozitivă.

„ 46. D. O., de 19 ani, muncitor. Gome bacilare ulcerate ale coapsei. Conj. R. pozitivă intens.

„ 47. P. I., de 9 ani, elevă. Tumoară albă a genuchiului. Conj. R. pozitivă.

Ianuar 909.

„ 48. N. G., de 21 ani, student. Trocanterită stângă cu abces rece consecutiv. Conj. R. intens pozitivă.

„ 49. A. I., de 10 ani, copilă. Tumoră albă a genuchiului. Conj. R. pozitivă.

„ 50. V. M., de 7 ani, „ „ „ „ „ idem

„ 51. M. G., de 40 ani, tâmplar. „ „ „ cotului stâng „

„ 52. G. D., de 16 ani, muncitor. „ „ „ „ Conj. R. intens pozitivă.

„ 53. I. P., de 15 ani, servitor. Osteită bacilară a sternului. Conj. R. pozitivă.

„ 54. N. I., de 17 ani, lucrătoară. Peritonită bacilară idem

„ 55. O. B., de 7 ani, copilă. Tumoră albă a genuchiului idem

„ 56. S. R., de 19 ani, plugar. Tuberculoză osoasă idem

„ 57. S. A., de 18 ani, cismar. Adenite cervicale. Conj. R. intens pozitivă.

„ 58. Ș. Ș., de 10 ani, copilă Morb. Pott. dorsal. Conj. R. pozitivă.

„ 59. M. T., de 7 ani, copilă. Morb. Pott. lombar. Conj. R. intens pozitivă.

„ 60. L. S., de 36 ani, muncitor. Tumoră albă a genuchiului stâng. Conj. R. intens pozitivă.

Februarie 909.

„ 61. P. I., de 7 ani, copil. Tumoră albă a genuchiului. Conj. R. pozitivă.

„ 62. E. Gh., de 9 ani, copil. Adenite cervicale idem

„ 63. E. C., de 21 ani, menajeră. Osteită bacilară a pumnului idem

„ 64. N. V., de 19 ani, băiat de prăvălie. Adenite cervicale strumoase. Conj. R. intens pozitivă.

„ 65. M. I., de 20 ani, mecanic. Adenite cervicale supurate idem

„ 66. E. C., de 4 ani, copilă. Coxalgie cu traecte fistuloase idem

„ 67. I. S., de 8 ani, copil. Gome tuberculoase, adenite periferice. Conj. R. pozitivă

„ 68. S. C., de 21 ani, servitor. Adenite cervicale. Conj. R. intens pozitivă.

„ 69. L. G., de 17 ani, copil. Coxalgie. Conj. R. pozitivă.

„ 70. G. B., de 18 ani, ucenic lemnar. Spina ventoza. Conj. R. intens pozitiv.

„ 71. R. A., de 28 ani, tâmplar. Adenite cervicale idem

„ 72. I. D., de 18 ani, băiat de prăvălie „ idem

„ 73. M. V., de 19 ani, menajeră. Coxalgie dreaptă. Conj. R. pozitivă.

„ 74. I. N., de 13 ani, elevă. Adenite cervicale idem

„ 75. Z. P., de 13 ani, ucenică croitorie. Adenite cervicale. Conj. R. slab pozitivă.

„ 76. L. I., de 28 ani, funcționar. Abces rece retro-faringian. „ „ intens „

„ 77. K. V., de 17 ani, menageră. Adenite cervicale. Conj. R. pozitivă.

„ 78. M. S., de 11 ani, elevă. Adenite cervicale. Conj. R. intensă pozitiv.

Martie 909.

„ 79. Ș. P., de 13 ani, copilă. Adenite cervicale. Conj. R. pozitivă.

„ 80. M. B,, de 23 ani, rândaș. Adenite cervicale idem

„ 81. A. N., de 22 ani, funcționar. Adenită inguinală dr. strumoasă idem

Obs. 82. A. B., de 6 ani, copilă. Ascită Conj. R. pozitivă.
„ 83. L. V., de 4 ani, copil. Tumoră albă a genuchiului idem
„ 84. I. B., de 15 ani, servitor. Adenite cervicale. Conj. R. intens pozitivă.
„ 85. O. T., de 18 ani, elev. Tumoră albă a genuchiului. Conj. R. pozitivă.
„ 86. F. I., de 15 ani, copilă. „ „ „ „ Conj. R. intens pozitivă.
„ 87. V. G., de 2 ani, copilă. Tuberculoză pulmonară adenite. Conj. R. pozitivă.
„ 88. N. L., de 16 ani, precupeț. Osteită cronică a gambei stângi idem
„ 89. M. G., de 3 ani, copilă. Adenite cervicale supurate. Conj. R. intens pozitivă.
„ 90. E. C., de $3^1/_2$ ani, copilă. Tuberculoză pulmonară adenite. Conj. R. pozitivă.
„ 91. I. C., de 21 ani, plugar. Osteită bacil costală. Conj. R. slab. pozitivă.
„ 92. A. G., de 23 ani, șepcar. Adenite cervicale idem
„ 93. K. T., de 28 ani, menageră. Adenite cervicale idem
„ 94. I. I., de 17 ani, muncitor. Spina ventoza idem
„ 95. I. S., de 30 ani, muncitor. Adenite cervicale. Conj. R. pozitivă.
„ 96. C. R., de 21 ani, cofetar. Adenite cervicale. Conj. R. slab pozitivă.

Aprilie 1909.

„ 97. P. S., de 10 ani, elev. Tumoră albă a genuchiului, Conj. R. slab pozitivă.
„ 98. V. D. de 17 ani, croitoreasă. Adenite cervicale str. idem
„ 99. M. R. de 14 ani, ucen. cismar. Adenite cervicale. Conj. R. pozitivă.
„ 100. I. Gh. de 16 ani, idem idem idem
„ 101. B. M. de 23 ani, menajeră „ Conj. R. intens pozitivă.
„ 102. X. I. de 18 ani, fierar. „ Conj. R. pozitivă.
„ 103. A. I. de 23 ani, plugar. „ idem
„ 104. Gh. Gh. de 24 ani, muncitor. Morb. Pott dorsal „
„ 105. I. Gh. de 9 ani, copil. Tumoră albă a cotului „
„ 106. P. C. de 23 ani, muncitor. Osteită bacilară a sternului cu fistule. Conj. R. pozitivă
„ 107. V. S. de 3 ani, copil. Tnmoră albă a genuchiului. idem
„ 108. R. A. de 18 ani, elev. Adenite cervicale. „
„ 109. I. S. de 20 ani, croitor. Abces osifluent în fosa itiacă „
„ 110. E. D. de 17 ani, liberă. Adenite cervicale „
„ 111. E. G. de 12 ani, copilă. Morb. Pott. dorsal. „
„ 112. F. I. de 21 aai, croitoreasă. Tumoră albă a genuch. „
„ 113. S. C. de 22 ani, muncitor. Tuberculoză osoasă. „
„ 114. T. P. de 20 ani, muncitoare. Adenite cervicale „
„ 115. A. B. de 13 ani, copil. Coxalgie dreaptă „
„ 116. H. G. de 40 ani, menajeră. Adenite cervicale Conj. R. slab pozitivă.
„ 117. S. A. de 45 ani, idem idem idem
„ 118. Ș. O. de 14 ani, ucenic tâmplar. „ „
„ 119. E. N. de 5 ani, copil „ „
„ 120. M. I. de 19 ani, lăcătuș „ „

Maiu 1909.

„ 121. T. S. de 4 ani, copil. Adenite cervicale. Conj. R. pozitivă.
„ 122. T. G. de 28 ani, cismar. idem Conj. R. intens pozitivă
„ 123. D. A. de 22 ani, muncitor. „ idem
„ 124. V. N. de 13 ani, elev. „ „

Obs. 225. M. Z. de 5 ani, copil. coxalgie stângă Conj. R. slab pozitivă.
„ 126. A. G. de 16 ani, jună. Adenite cervicale idem
„ 127. B. G. de 21 ani, muncitor. Adenite cervicale Conj. R. pozitivă.
„ 128. M. P. de 25 ani, muncitoare. Anemie cu adenopatii Conj. R. slab pozitivă.
„ 129. L. A. de 14 ani, elev. Adenite cervicale idem
„ 130. N. R. de 20 ani, mecanic. Adenite cervicale. „
„ 131. P. I. de 6 ani, copil. Tumoră albă a genuchiului „

Iunie 1909.

„ 132. M. T. de 21 ani, plugar. Adenite strumoase. „
„ 133. S. G. de 3 ani, copilă. Coxalgie. Conj. R. pozitivă
„ 134. S. S. de 23 ani, electrician. Adenite cervicale idem

Conjunctivo reacțiune negativă

„ 135. C. M. de 18 ani, elevă. Hidartroza genuchiului. Conj. R. negativă.
„ 136. J. C. de 35 ani, ziarist. Fistulă testiculară idem
„ 137. V. T. de 32 ani, funcționar. Fistulă testiculară „
„ 138. D. V. de 34 ani, fierar. Adenită cervicală. „
„ 139. E. D. de 21 ani, muncitoare. Adenită cervicală. „
„ 140. A. K. de 10 ani, elevă. idem „
„ 141. E. C. de $5^1/_2$ ani, copilă. Tumoră albă a genuchiului „
„ 142. N. N. de 17 ani, elev. idem „
„ 143. J. S. de 9 ani, copilă. Adenite cervicale „
„ 144. O. T. de 18 ani, elev. Tumoră albă a genuchiului „
„ 145. E. B. de 23 ani, liber. Tumoră a epididimului „
„ 146. I. G. de 20 ani, muncitor. Hidartroza genuchiului „
„ 147. C. I. de 25 ani, funcționar. Gome ulcerate suspecte „
„ 148. V. Z., de 5 ani, copil. Tumoră albă a genuchiului „
„ 149. N. L., de 16 ani, precupeț. Osteită suspectă „
„ 150. I. O., de 14 ani, servitor. Adenite cervicale „
„ 151. P. N., de 14 ani, copilă. Coxalgie dreaptă „
„ 152. C. F., de 24 ani, tăbăcar. Morb. lui Pott cu abces rece „
„ 153. Gh. Gh., de 24 ani, muncitor Morb. lui Pott. „
„ 154. M. D., de 19 ani, jună. Adenite cervicale „
„ 155. E. T., de 8 ani, copilă. idem „
„ 156. A. V., de 4 ani, copilă. Morb. lui Pott. „
„ 157. P. G., de 16 ani, elev. Micropoliadenopatie perif. „

Afecțiuni netuberculose, conjunctivo-reacțiunea negativă.

„ 158. L. O., de 12 ani, elevă. Osteită de creștere. Conj. R. negativă.
„ 159. E. C., de 35 ani, menajeră. Dismenoree anemie idem
„ 160. T. G., de 9 ani, elev. Bronchită cronică „
„ 161. E. M., de 32 ani, menajeră. Ulcere cronice ale gambei „
„ 162. R. L., de 20 ani, liberă. Maladia lui Basedow „
„ 163. Gh. C., de 18 ani, lăptar. Luxație coxofensorală congenit. „
„ 164. E. T., de 19 ani, croitoreasă. Acnee pustuloaăă „

In 37 alte cazuri rezultatul necunoscut, bolnavi nu au fost revăzuți a doua zi, ori nu s'a trecut rezultatul în registre.

Din aceste observaţiuni rezultă că am întrebuinţat conjunctivo-reacţiunea în 201 cazuri din cari 37 nu au fost notate. Rămân dar 164 făcute pentru următoarele afecţiuni:

Adenite cervicale supurate şi nesupurate	76
Tumori albe	28
Micropoliadenopatii	2
Abcese reci	3
Laringite cronice cu adenopatii cervicale	1
Pleuresie sero-fibrinoasă vindecată, adenite cerv.	1
Osteite bacilare	10
Fistule intercostale	1
Hidrocel supurat	1
Tuberculosă pulmonară şi adenite cerv. supurate.	2
Hidartroza genuchiului	2
Total	127

Morbul lui Pott	9
Gome bacilare	2
Trocanterită cu abces rece consecutiv	1
Peritonită bacilară	1
Tuberculoză osoasă	2
Coxalgii	7
Spina ventoza	2
Anemie cu adenopatii	1
Abces rece retrofaringian	1
Adenită inguinală strumoasa	1
Fistule testiculare	2
Tumoră a epididim.	1
Total	30

Afecţiuni netuberculoase, osteită de creştere	1
Dismennoree	1
Bronchită cronica	1
Ulcere cronice ale gambei	1
Morbul Basedow	1
Luxaţie coxo-femorala	1
Acnee pustuloasă	1
	7

Din aceste 164 observaţiuni, 134 bolnavi au reacţionat pozitiv şi 30 negativ. Din aceşti 30 însă, trebuesc scăzuţi ultimii 7 bolnavi cu afecţiuni netuberculoase precum şi 4 bolnavi (CXXXVI, CXXXVII, CXLVII şi CXLIX) cu diagnostic clinic numai suspect de leziune tuberculoasă.

In total dar avem 153 de conjunctivo-reacţiuni pentru afecţiuni cu diagnostic clinic de tuberculoză chirurgicală dintre cari 134 pozitive şi 19 negative, ceea-ce dă o proporţie de 12,7°/0 negative, adică 87,3°/0 reacţiuni pozitive în tuberculozele chirurgicale cliniceşte.

CONCLUZIUNI

Conjunctivo-reacţiunea trebue practicată cu multă precauţiune după tecnica indicată, cu o soluţiune de tuberculină Calmette 1°/0 sterilizată. Ochii să fie absolut indemni de leziuni cronice. Rezultatul trebue notat după ce am observat conjunctiva 2-3 zile dearândul şi pentru ca rezultatul să fie riguros ştiinţific, e bine să facem şi examenul citologic al secreţiuni conjunctivale.

Cu toate că acest mod de diagnostic, e inofensiv când îl întrebuinţăm cu precauţiune, nu cred că e un procedeu de recomandat pertru a fi întrebuinţat în practica zilnică. In primul rând ar urma că diagnosticul tuberculozei să-l facem prin acest procedeu de încercare anatomo-clinică, procedeu de laborator, care ar tinde încetul să prevaleze examenul clinic al bolnavului. Cred că faţă de datele stabilite prin nenumăratele autopsii făcute de medici, de anatomo patologişti, de medicii legişti; faţă de cercetările serioase asupra leziunilor de tuberculoză latentă la copii (Orth, M-me Wollstein din New-Yorck; faţă de surprinderea autorilor (Mallet, Jauques, Schink, Seifert, Dufour, Netter ş. a.) cum că metoda dă prea multe reacţiuni pozitive la indivizi cliniceşte indemni de tuberculoză, având în vedere că reacţiunea chiar pozitivă la un individ cu o leziune suspectă de tuberculoză, nu ne poate confirma natura acelei leziuni, de oarece reacţiunea pozitivă poate fi datorită prezenţei în organism a unei alte leziuni latente; socotesc că conjunctivo-reacţiunea nu trebue să devie un mijloc capital în diagnosticul tuberculozei. Din contră cred că studiul semiologic clasic, anamneza complectă a bolnavului, percuţiunea şi ascultaţiunea, examenul general, faciesul, starea corpului tiroid *asupra căruia am atras atenţiunea în tuberculoza incipientă şi uneori examenul pleoapelor* (1) *sunt mijloacele cari trebuesc să prevaleze în stabilirea diagnosticului tuberculozei. Conjunctivo-reacţiunea va veni să coroboreze ca un semn ajutător de valoare, când e pozitivă, întocmai ca şi celelalte rezultate anatomo-clinice de cari ne servim astăzi în susţinerea diagnosticului stabilit prin simţul clinic.*

BIBLIOGRAFIE

Achard şi **Loeper.** *Soc. de Biologie Comptes rendus.* 8 Dec. 1900 p. 1066.

Arloing F. şi **Debombourg.** *Journal de Physiologie et de Pathologie générale.* 1908 No. 4.

Arloing et **Dumarest.** *Province médicale.* 12 Oct. 1907.

Arloing et **Thévenot.** *Académie des Sciences.* 16 Mars 1908.

Arloing F. *Société de Biologie.* 29 Iunie 1907 şi 25 Februarie 1908.

Austmand (Otto) et **Grünstain.** *Procedings of the Royal Society of Medecin* Dec. 1907.

Amoral et **Paranahos.** *Soc. med. de S. Paulo.* Brasilia 14 Dec. 1907.

Ausset *Académie de médecine,* 3 Mai 1908 et *Revue de médecine* No. 4 Avril 1908 p. 363 (300 cas L. O. R.)

Aubaret et **Lafon.** *Gazette habdomadaire des Sociétés médicales de Bordeaux,* 4 August 1907.

Aubaret et **Magne.** *Province médicale,* 12 Oct. 1907.

Aubineau. *Congrès d'ophtalmologie,* 1908.

Askanazy. *Société médicale de Genève,* 9 Oct. 1907.

Abrami et **Burnet.** *Société de Biologie,* 13 Julie 1907.

Audéoud. *Revue méd. de la Suisse Rom.* 20 Oct. 1907.

Albert Karl Gyögy. *Anat.* 6 Oct. 1907.

Alessandri. *Gazz. Osped.* 10 Noembrie 1907.

Antonio d'Andrade. *Gaz. dos. Hospitaes do Porto,* Jan. 1908. O. R. Calmette.

Angelo Braga. *L. O. R. di Chantemesse nella diagnosi del Tifo. Riforma Medica* 17 Febr. 1908.

Aistermann. *Société méd. de Lyon,* 16 Iunie 1908.

Àritigue. *Bulletin médical d'Algerie,* 1907 p. 647.

Bazy. Photophobie, *Larmoiement Soc. chir.* Iulie 1907. *Sem. méd. 1907.*

Buch. *Munch. Med. Woch.* No. 50 conjuctivită emoragică.

Barbier. *Soc. méd. des Hôp.* 6 Dec. 1907. Conj. keratită gravă după O. R.

Bing. Ueber den Werth der Pirquetschen und der Wolff-Calmette schen Reaction in Kindersalter. *Berl. Kl. Woch.* No. 11 Martie 1908.

---

(1) Poenaru Căplescu Le signe orbito palpébral dans le diagnostic précoce de la tuberculose Semaine médicale 29/IX/909.

Blum. Ueber den Werth der O. R. für die Diagn. der Tub. *Munch. med. Woch.* No. 2 Ian. 1908 p. 60.

Blümel şi **Clarus.** *Med, Klinik* 1907 No. 50 Dec. 15.

Beurmann. (de) C. R. prolongée chez un lupique. *Soc. franc. dermat. et syphil.* 5 Dec. 1907.

Bayet. O. R. dans le lupus. *Soc. Belge dermat et syphil.* 10 Nov. 1907.

Burnaud. O. R. chez l'enfant. *Soc. méd. de Genève,* 9 Oct. 1907.

Bing. *Deut. med. Woch.* 12 Dec. 1907.

Burnet. *Soc. de Biol.* 22 Juin. Auto-cutireaction.

Baginsky. *Berl. Kl. Woch.* 1907 No. 22.

Bandler. *Deutsch. mediz. Woch.* 3 oct. 1907 p. 1629.

Béco. *Soc. med chir. de Liège* 1907.

Bluemel et **Carus.** *Mediz. Klinik* 15 Dec. 1907.

Brissaud. *Soc. méd. des Hôpit.* Juin 1907.

Brunetière. *Gazette hebd. de Sc. méd. de Bordeaux* 28 Julie 1907.

Bosc. Pédiatrie pratique 1 Nov. 1907.

Baldwin Edward. *The Journal of. the Amer. med. Ass.* 1907.

Bandler. *Deutsch. med. Woch.* 3 Oct. 1907 p. 1629.

Baur. *Revue de la tuberculose,* 1908.

Biey de **Magenti.** *Riforma medica,* 1907.

Bonnet. *Soc. méd. de Lyon,* 25 Nov. 1907.

Benedict. *New-York Med. Journ.* 1908 p. 1223.

Bogdanoff. *Rousski Vratch,* 1908 No. 13.

Buttler British. *Med. Journal* 18 Aprilie 1908.

Bourget. *Soc. méd. de la Suisse Romande* 31 Oct. 1908.

Blache-Sériot. IV-a Congres al tuberculozei Paris 1908.

Bahrat. *Deutsches archiv für klin. medizin* vol. 93 p. 232.

Béchert H. *Rev. méd. de la Suisse Romande* Febr. 1908.

Bohmer. Tuberculose et Tuberculine.

Beneditti A. Roma L'ophtalmo-reaction chez les tuberculeux.

Badralexi. Oculo-reacţiunea în diagnosticul tuberculozei la copii. Teză Bucureşti 1908.

Borrel. Action de la tuberculose et de certains poisons bactérieus sur le cobaye sain ou tuberculeux, par inocul, sous-cut, ou intra cérébrale Soc. Biologie 1901.

Cassoute. *Arch. méd. Enfants,* Aprilie 1908 p. 244.

Chile. *Roussky Vratch* 1908 No. 13. O. R, în trachom, valoarea diagnostică.

Cohn (S) Uber lokale Tuberk. Uber empfund lichkeit der Conjunctiva Berlin *Klin. Woch.* No. 17 Aprilie 1908 p. 835.

Calmette et **Guérin.** Sur la valeur spécif. do l'O. R. *Soc. de Biol.* 2 Maĭ 1908.

Curschmann. *Monatsch. für Kinderheilkunde* Maĭ 1898 p. 124 (C. R. are puţină valoare la adult).

Comby. *Soc. méd. Hôp.* 16 Maĭ 1908 *Bull. med.* La C. R. à la tub. 1908.

Calmette, Massol, Breton. Les propriétés lécithinophiles du bac. tub. et de la tuberculine. *Acad. des Sciences* 30 Martie 1908.

Citron, Pick, **Noeggerath, S. Cohn, M. Wolff, F. Levy, W. Eisner, Stadelmann, Möller, S. Levi, Casper, Kraus.** Discuţiune *Soc. med int. Berlin* 16 Dec. 1907, 6—20 Jan. 1908 Febr. 3.

Cozzolino. Réaction à la T. et sa valeur diagn. dans la tub. des enfants. *Riv. di clin. Pediatrica,* Februarie 1808, vol. VI fasc. 2.

Citron I. Die Wissenschaftliche und prakt. Bedentung der ophtalmodiagn. der Tub. Deuts. *Med. Woken.* No. 14 Febr. 1908.

Calmette et **Breton.** Sur l'absorbition rectale de la tub. *Soc. Biol.* 1 Febr. *La clinique* 1 Martie 1908.

Campbel Mac et **White.** O. R. in Cattle (bovidee) *Journ. of. exper. Med.* 1 Martie 1908.

Calmette. L'ophtalmo diagn. de la tub. et son rôle dans la défense sociale antitub. *Bull. Med.* No. 5 din 1908.

Calzolaji. Tuberculin.-diagn. *Génital Accad. nod. e nat. di Ferrara* 15 Dec. 1907.

Cannata. *C. R. Gazz. Osp.* 17 Nov. 907.

Calmette, Breton et **Petit.** *Soc. de Biol.* 12 Oct. 907.

Czerny. *Berl. Klin. Wochen.* 1907, No. 45.

Chaillous. *Soc. d'Ophtalm de Paris.* Un caz de diagn-différentiel par l'O. R.

Courmont. *J. de Physiol. et de Path. gen.* No. 1 din 908, p 15.

Casper. *Societatea de medicină internă* din Berlin, 1907, Nov. 22.

Chantemmesse. *Revue générale des Sciences.* 30 Sept. 1907.

Chauffard. *Soc. méd. des Hôpit.* 22 Nov. 907.

Combe. *Soc. médicale de la Suisse Romande.* 31 Oct. 907.

Chauffard A. şi **Troisier.** Eritemul nodos experimental prin injecţiunea intradermică cu tuberculină. *Soc. méd. Hôpit.* 21 Ian. 1909.

Christian. *O. R. Newy-York med. Journal,* 5 Sept. 1908.

Clark. *The Journal Of the Amer. Med. Ass.* 20 Iunie 1908.

D'Espine. *Soc. médicale de la Suisse Romande.* 31 Oct. 1907.

Dunschmann. *Acad. des Sciences.* 11 Mai 1908.

Dufour. *Soc. Médicale des Hôpit.* 22 Nov. 1907.

Dufour et **Buslé.** *Soc. Méd. des Hôpit.* 19 Iulie 1907.

Derscheid. *Journ. Med. de Bruxelles.* 18 Jul. 1907.

Denys. *Revue internation de la Tuberculose.* Oct. 1907.

Debove et **Renault.** *Soc. Méd. des Hôpit.* Iulie 1891.

Debebut. Ophtalmoréaction à la Tuberculine. *Teză.* Paris, Ian. 1908.

Descomb. *Soc. Méd. des Hôpit.* 28 Iunie 1907.

Desplats. *Journal des sciences Med. de Lille.* 27 Iulie 1907.

Dumarest F. et **Arbourg F.** *Province Médicale.* 12 Oct. 1907.

Duker C. R. Weekblad Nederl. *Tijdschrift v. Geneeskuude* II. Niz. 1907.

Deutsch. Discuţiuni. *Soc. Med.* Budapesta, 9 Nov. 1908.

Detre. idem discuţiune **Berend, Flesch, Okolicsanyi** şi **Kuthy, Faludi Hutyra, Preisich** şi **Grosz.**

Damask. Uber Bedentung der O. R. auf Tuberkulin. Wien. *Kl. Wochens.* No. 4, p. 121 din 1908.

Daels Fr. Bur Kenntins der Kutane Impfrapel bei der Tuberk. diagn. Nach. V Pirquet. *Medik. Klinik.* 1907, No. 2.

Delorme. Discussion, *Bul. Acad. Med.* 14—21 Ian., 4—11 Feb. 1908.
Dietschy. Oftalmo cytodiagnostic. Manch. *Med. Woch.* No. 24, 1908 Iunie 16.
Declerc. *Thèse de Paris*, 1908.
Devé. *Revue med. de Normandie*, 1907.
Debombourg. *Thèse de Lyon*, 1907.
Dikmoglon. *Thèse de Bordeaux*, 1907.
Doret. *Soc. med. de Genève*, 4 Oct. 1907.
Durme Paul (von) et **Everiste Stackê**. Lésions oculaires tardives après Ophtalmo-réaction à la tuberculine. *Presse Med.* No. 22 din 1908.

Eppenstein. *Med. Klinik.*, 8 Sept. 1907, No. 36.
Etienne. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 6 Dec. 1907.
Exchaquet. *Soc. Med. de la Suisse Romande.* August 1907.
Engelboch şi **Schankland**. *The Amer. Med. Ass.* Chicago, 5 Iunie 1908.
Entz R. Uber das Verhalten der menschlichen Haut gegen Verchiedene bakterielle giftstoffe. *Wiener Klinische Wochenschrift.* No. 2 din 1909, p. 379.
Einstein şi **Rosenfeld** (Stuttgart). C. R. la copil. *Monatsch. f. Kinderheil. K.* Aprilie 1908.
Emmerich. Reacţiunea lui Von Pirquet şi a lui Moro la adult. *Muench. med. woch.* No. 20, Mai 1908, p. 1066.
Eyre, **Weed**, **Hertz**. *Lancet*, 21 Dec, 1907. O. R. of Calmette.
Escherich. *Soc. de pediatrie vieneză*, 6 Iunie 1907. Discuţiune. *Wiener. Med. Woch.* 1907, No. 28.

Ferreira. (Clemente). *Bull. génér. de Therap.* 30 Ian. 1908.
Fedinski. *Med. Obosrenie*, 1908.
Farrer. *Revista medica cubana*, Noembrie 1907.
Fourmentin. L'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose chez l'enfant. *Teză.* Paris, 1908.
Fournier. *Arch. de méd des Enfants.* Oct. 1907.
Fromaget. *Gaz. hebdomad. des Sc. Méd. de Bordeaux.* No. 16, Apr. 1908.
Feer. *Munch. Med. Wochens.* 24 Sept, 1907.
Ferrand şi **Jules Lemaire**. *Presse médicale*, 28 Sept. 1907.
Franke. *Deutsch. méd. Wochns.* No. 48 din 1907.
Fischer. *New-York Med. Journ.* 19 Oct. Asupra C. R.
Flesch. Discuţie. *Soc. méd. Budapesta*, 9 Nov. 1907.
Faludi. Eodem, loco.
Fertl Der Wert und die Bedentung der O.R. mit besondern Bucksichtnahme auf die militäriche Verhältnisse *Wien. Kl. Wochens.* No. 11 din 908 p. 361.
Freund **Ueber** C. R. und O. R. bei gesunden und Kranken. *Wien Nod. Woch* No. 22—23 Iunie 908.
Finkelstein. Roussky Vratch No. 13 din 908.
Fensenfeld. *Münch. no lic. Wochen.* 30 Iunie 908.
Grasset şi **Reinband**. *Province médical* 13 Iulie 907 (31 O. R.)
Griffon *Soc. méd. des Hopitaux* 29 Nov. 907.
Guinon şi **Reubsaët**. *Société de Pédiâtrie* 19 Dec. 907.
Gaucher(*Société franc. de dermatologie* 7 Nov. 907.

Guerin şi **Dellatre.** *Bull. soc. centr. de méd. veter.* 907.

Goerlich. *Münch méd. Woch.* 30 Iulie 908.

Gaupp. Ueber. die O. R. auf. Tub. 100 O. R. *Deutch. med. Woch.* 7 Febr. 908.

Goebel. Erfahrungen mit der V. Pirquetschen Kutanen Tuberkulin reaktion, *Muench. med. Woch.* No. 4. Ianuarie 908

Guinon. et **Reubsaët.** O. R. *Soc. Pèdiatrie* 17 Dec. 907.

Grosz. discuţ. *Soc. med. din Budapesta* 9 Nov. 907.

Guérin. *R. méd. vet. d'Alfort* August 907.

Gérard, et **Lemoine.** (de Lille) Attenuation de la tuberculine par l'extrait éthéré de bile *Presse médicale* 24 Febr. 909.

Goldenberg. Ophtalmo-reaction à la tuberculine *Teză* Paris Iulie 909.

Hébert. *Rev. méd. de Normandie* 25 Dec. 907.

Harisson. Butler Les dauyers de l'ophtalme-reaction de Calmette The Brit. *méd. journ* 18 Aprilie, 8 August 908.

Heim şi **John.** Allergie und Tuberkulin filtrat proben nach Pirquet De'tre 145 Fälle,. *Wien. Kl. Woch.* No. 8, Febr. 1908.

Hirschler. Budapesti Orvosi *Uj. Sag.* 31 Oct. 1907.

Heinemann. Vergleichende Untersuchungen... (Cercetări comparative asupra O. R. şi reacţiunea lui Moro) *Münch. Med. Wock.* No. 11, Mart 1908.

Hamburger Fr. Ueber den Wert der Stichreaktion nach tub. injektion. *Wien. Kl. Woch.* No. 12, Martie 1908 şi *Münch. Med. Woch.* 9 Iunie 1908.

Hammerschmidt. *Med. Klinik,* 7 Iunie 1908 (Intrebuinţarea simultanee a O. R. şi a C. R.)

Hildebrandt. Zur Etiologie der Enthema nodosum. *Münch. Mediz. Wochens.* 12 Februarie, 1907.

Hutinal. Intra dermo réaction à la tuberculine d'après les recherches de M. Ch. Mantoux. Comptes rendus des séances de *l'Académie de Medecine,* Paris, 20 Oct. 1906.

Hans. *Wien. Klin. Woch.* No. 32 din 1908.

Hanisll, Carpenter, Cope. The Ass. *Of. Amer. Physic.* Washington, 1908.

Hutinel. *Semaine médicale,* 1895.

Hegler. Aerzte Verein in Nüremberg, 19 Martie, 1908.

Irimescu S. Valeur de l'ophtalmo et de la cutireaction comme moyen de pronostic de la tuberculose. *Revista Ştiinţelor Medicale,* 11 Novemvrie, 1908 pag. 449.

Ioannovics şi **Kapsammer.** *Berl. Klin. Wochen.* 11 Nov. 1907.

Junker. (C. R. Pirquet la adult). *Münch. Med. Woch.* No. 5, Febr. 1908.

Irimescu. Valeur thérapeutique des tuberculines. *Revista Ştiinţelor Medicale,* 11 Nov. 1908 p. 455.

Kalt. Société d'ophtalmologie de Paris, Nov. 1907. Iridochoroid şi Sclerokeratită.

Krause. Luxemberger şi Russ. *Wien. Klin. Wochens.* 7 Nov. 1907.

Ketly. Congrès din Budapesta, 9 Nov. 1908, Discuţiuni.

Koeppe. Congrès de pediatrie din Allem de Sud, Frankfort, 15 Dec. 1907, *Monatschr. für Kinderheilkunde,* Mai 1908.

Klieneberger. *Deutsch. med. Woch.* No 18, Mai 1908 şi *Münch. med. Woch.* 28 Dec. 1907.

Krause şi **Hertel.** (O. R.) *Med. Klinik,* No. 4, Ian. 1908.

Kopec şi **Zembruski.** Asupra C. R. la sugaci. *Gazeta Lekarska* 18 Ian. 1908.

Kentzler. Ueber differenzierende Kutan Tuberkulinreaktion bei Erwachsene. *Wien. Klin. Wochens.* No. 1 din 1908.

Köhler. *Deutsche med. Woch.* 12 Dec. 1907,

Kraus, Luxemberger, Russ. O. R. Chantemesse, *Wien. Klin. Woch.* No. 45 Nov. 7, din 1907.

Kanitz. Untersuchungen über die perkutene Tuberkulinrektion nach Moro, *Wien. Klin. woch.* 1908, No. 28.

Kraemer. Beitr. z. *Klin. chir. Bd.* 57 No. 3 din 1908, No. 13.

Krokiewicz. *wiener klin. wochen.* No. 32 din 1908.

Kuss G. L'opinion de Wolff-Eicner sur la valeur sémiologique de l'Ophtalmo et de la cuti reaction. *Bull. med.* 1908 No. 13.

Lignières. Bull. de la soc. centr. *med. veter.* 1907.

Luria. Rousski Vratch, 1908 No. 2.

Lautier. Th. de Bordeaux, 1908 şi Soc. de Biologie, Ian. 1908.

Lemaire (Jules). Société de pédiatrie, 1907.

Lemaire (P). Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaud, 1908.

Lafon. Thêse de Toulouse, 1908.

Lafon et **Lautier.** *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1907.

Leenhardt (Etienne) et **Saujoux.** *Montpellier méd.* 19 Iulie, 1908.

Lesieur, Chalier, Gardère et **Bonnet.** *Soc. méd. des hôpit.* de Lyon 77 Nov. 1907.

Lafite-Dupont et **Molinier** J. de *med. de Bordeaux*, Febr. 1908.

Lapersonne (De) *Presse médicale*, 7 Dec. 1907.

Lerout et **Trannoy.** *Bull. méd.* 31 Iul. 1907.

Lépine. *Soc. de Biologie*, 27 Iulie, 1907. (Apht. v. de Calmette en psychistrie).

Lenoble, Le Moal, Guichard, Toche, *Soc. méd. des hôpit.* 22 Nov. 1907

Lesné et **Marre.** *La clinique*, 30 Aug. 1907.

Lévy et **Fritz.** *Soc. de med. int.* din Berlin, 1907.

Lévy *Deutsche med. Woch.* 16 Ian. 1908.

Labbé. Gaz. des hopit. Iulie, 1907 şi *Soc. méd. de hôpit*, 22. Nov. 1907.

Letulle, *Soc. méd. de hôpit.* 28 Iunie, 1907 şi *Soc. de Biologie*, 28 Iunie 1907.

Lépine et **Charpenel** (R). *Rev.de la Tuberculose*, Oct. 1908 p. 63.

Lévy. Fraenckel A. *Ren.de la Tuberculose*, Oct. 1908.

Lejeune. Meine Erfahrungen mit der Moro'sche Reaktion, *Berlin. Klin. Woch.* 1908, No. 39.

Laignel-Lavastine. Apropos de l'erythème nodeux expérimental par l'intra dermo-reaction. *Soc. méd. de Hôpit.* No. 3 Ianuarie 1908.

Lereboullet P. Réactions cut. à la tuberculine. Cuti et intra dermo reaction, leurs résultats. *Revue française de méd. et de chir.* No. 7 Apr. 1909.

Langer. *Verhandl. des Gesells für Kinderheilk.* 1907.

Liguiéres et **Berger.** *Academie des sc.* 28 Oct. şi 25 Nov. 907.

Lenhartz. *Muench. med. Wochen.* No. 48 din 907.

Lesué Griffon, Morax, *Soc. méd. Hôpoit* 20 Nov. et 6 Dec. 907.

Lanfranchi. Contributo al valore diagn-della C. R. del **Liguieres** nella tub. bovina *La clin. veter.* Martie 909.

Lorenzi. Appunti sui nuovi metodi di diagn. della tub. *La piediatria* April. 908.

Link. *Muench. med. Wochens.* No. 14 Aprilie 908. (C. R. cu culturi ucise de Tifici, paratifici şi coli).

Lüdke. Tuberkulin und Autituberkulin *Munch, med. Woch.* No. 15—16 April. 908.

Malmejac. F. Uro reaction, diagnostic precoce de la tuberculose *Presse médicale* No. 76 Sept. 22 din 909.

Maréchal. **Wibo,** **Matagne,** **Wodon.** *Policlinique centr.* Bruxelles Aprilie 908. (Pericolul O. R.)

Moro. Patogenia C. R. Monatch. f. Kinderheilt. Mai 908.

Martel. Applic de la meth. V. Pirquet du diagn. de la morve chez l'homme *Soc. centr. méd. véd.* Iulie 907 şi *Berl. Klin. Woch* 2 Martie 908.

Marie şi **Tiffeneau.** Notre sur la sensibilité des animaux à la T. *Soc. Biol. Paris* Martie 908.

Moro. Ueber eine diagn. verwertbare Reaction der Haut auf Einreibung mit T. Salbe *Muench. méd. Woch.* 7 Ian. şi 4 Febr. 1908.

Morelli. Ueber Kutane und Konjunctivale Tuberkului reaktion *Wien. Klin. Woch.* No. 3 din 908.

Mainini. *Muench Med. Wochen*, 24 dec. 1907 (208 cazuri de C. R.)

Micheli şi **Quarelli.** Ipersensibilita locale provocata della tuberculina Giorn. dell. R. *Acad. med. Torino* 29 Nov. 1907 t. XIII.

Malan. Sul valore dell O. R. *Gazz Osp.* 16 Nov. 907.

Machard. *Rév. méd.* Suisse rom. 20 Nov. 1907 (48 cazuri O. R.)

Mery, **Armand-Delille,** M-elle **Giry.** Note sur l'O. R. *Soc. méd. Hôpit.* 29 Nov. 1907 (210 copii, autopsii pozitive

Massolongo. Riforma medica No. 47 din 1907 şi *Deutsch med. Woch* No. 50 din 1907.

Mongour şi **Brandeis.** Gytologie de l'exudat conj. (O. R.) *Bull. méd.* 6 Nov. 1907.

Mantoux. *Congrès méd. Paris.* Oct. 1907 (O. R. la 200 copii sănătoşi) *Rev. de la tub.* Febr. 1908).

Moro şi **Doganoff.** *Wien klin. Woch* No. 31 Aug. 1907.

Mouton. *Med. Contemporanea* 4 Aug. 1907 Lisabona (O. R. la 41 copii, O R — în coxalgie supur şi tuberc. f. ultimă).

Moussu. *Bull soc. méd. vet.* 18 Iulie 1907.

Montagnon. *Prov. méd.* 20 Julie 1907.

Moro. *Munch. med. Woch.* No. 26 din 1907.

Milian. *Soc. méd. Hôpit.* 28 Jun. 1907.

Mainini. *Perl. Kl. Wochen.* 7 Oct. 1907.

Moser. *Wiener med. Wochen.* No. 28 din *Goz.* şi *Soc. de pédiatrie viennoise.* 6 Jun. 1907.

Meille. *Rassegna di Terapia*, 1907 No. 14.

Mongour et **Lande.** *Bulletin médical*, 4 Sept. 1907.

Missbach Felix. Intra dermo-reacţiunea lui Mantoux, Teză Bucureşti Aprilie 1909.

Marie et **Bourilhet.** *Société de Biologie*, 27 Jul. 1907.

Massary (de) **Weill,** *Soc. méd. des Hôpit.* 29 Nov. 1907.

Morax. *Annales de l'Institut Pasteur XII* 1898 p. 210.

Morax et **Carlotti.** *Soc. méd. des Hôpit.* 29 Nov. 1907.

Métraux (Lausaune). *Revue méd. de la Suisse romande,* Aug. 1907.

Müller. *Soc. de médecine interne de Berlin,* Febr. 1908.

Macé de Lépinay. Valeur comp. de la cuti et de l'intra dermo réact. à la tuberculine chez l'enfant. *Soc. méd. Hôpit. șed.* 26 Martie 1909.

Mantoux și **Moussu.** L'intra dermo-react. à la tuberc. dans l'espèce bovine Comptes rend. *des sc. de l'Acad. de méd.* 20 Oct. 1908.

Moro. Valeur pratique de la tuberculinisation percutanée au moyen d'onguent à tuberculine. *Presse médicale,* 1908 No. 61.

Megias. *El siglo medico,* 13—20 Jan. 1908.

Mannheuner. *New-York med. Journal.* 5 Sept. 1908.

Mitulescu. Beiträge zur studium der O. R. *Wien Kl. woch.* No. 20 din 1908 (compară diferitele tuberculine).

Netter. *Soc. méd. Hôpit.* 29 Nov. 1907.

Necher și **Paschkis.** Die diagn. Verwertbarkeit der C. R. in der Urologie *Wien Kl. woch.* 5 Martie 1908.

Nagelschmidt. Zur Diagnose und Therapie tuberkuloser Hantaffektionen. *Deutsch. med. Wochen,* 3 Oct. 1908.

Nicole. Réaction à la tubercaline dans la lèpre C. R. *Acad. des Sciences.* Aug. 1907 și *Semaine médicale,* 4 Sept. 1907.

Noeggerath. *Soc. des méd. de la Charité (Berlin),* 11 Julie 1907 (C. R.)

Nădejde Gr. Hipersensibilisation à la tuberculine des cellules nerveuses situées au voisinage d'un foyer tub. intra cérébr. *Soc. Biol. 1909.*

Nocard. Congrès de la Tuberculose 1893.

Nobécourt și **Mantaox.** *Presse médicale,* No. 90 din 1907.

Nestor. Valoarea noilor procedee experimentale pentru a diagnostica tuberculoza la copii. *Spitalul* No. 4 August 1907.

Nicolas et **Arloing F.** *Soc. méd. des Hôpitaux,* 30 Junie 1908.

Nădejde Gr. Acțiunea tuberculinei asupra celulelor nervoase la animalele tuberculoase. *Teză București,* Mai 1909.

Oppert E. *Thèse de Paris* 1908. La cuti-reaction à la Tuberculine.

Oberndorf. *New-York med. journal,* 5 Sept. 1908.

Olmer și **Marcel Terras.** *Presse médicale,* 18 Sept. 1907.

Okolicsanyi și **Kuthy,** Discuțiuni la *Soc. med. Budapesta,* 9 Nov. 1907.

Pirquet V. *Soc. méd. de Vienne,* 20 Junie 1908, *Semaine médicale,* 24 Junie 1908.

Plehn. *Deutsch. med. Wochen.* 20 Febr. 1908.

Pirquet V. Ueber das Verhalten der menschlichen Haut gegen bakterielle Giftostoffe. (Răspuns lui Entz). *Wien Klin. Wochen.*

Permin și **Bartholdy** (Copenhaga) Contrib. diagn. et pron. à l'étude de la C. R. *Revue intern. de la Trib.* Mai 1908.

Pirquet V. *Berlin Klin. Woch.* 1908 No. 9 p. 457.

Parkes Weber, Gibb, Damville, Rose (asupra O. R). *British. med. Journ.* 15 și 20 Febr. 1908.

Pirquet C. V. Kutane und Konjunktivale Tuberkulin Reaktion Handb. d. Technik und Methodik der Immunitäts forschung. dec. 1907.

Petit Léon. Le diagn. de la tuberculose par l'O. R. *Thèse Lille Masson Paris* 1907.

Painblan. *Soc. méd. du Nord.* 1 caz d'OR thérapeutique. 1907. Nov.

Preisich. Discuţiuni *Soc. Med.* Budapesta, 9 Nov. 1907.

Prouff. (**Morlaix**) *Gaz. des Hôpit.* 8 Aug. 1907.

Pirquet V. Die Allergieprobe zur Diagnose der Tuberkulose im Kindes alter *Wiener Med. Woch.* 1907, No. 28.

Pirquet V. Klinische Studien über Vaccination und Vaccinale Allergie. *Vienne Dautscke.* Aprilie 1907.

Poirier. *Soc. belge de dermat. et syphiligr.* 10 Nov. 1908.

Pick et **Daels.** *Soc. belge de méd. interne de Berlin.* 20 Ian. 1908.

Prevel. *Teză.* Paris, 1908.

Poenaru Căplescu. Oftalmo-reacţiunea în chirurgie. *Societatea de Chirurgie* Bucureşti, 1909.

Poenaru Căplescu. Le signe orbito palpébral dans le diagnostic précoce de la tuberculose. *Semaine Médicale.* 1909 August 29.

Poulard. *Progrès médical.* 28 Dec. 1907.

Parker. *The Amer. Med. Assoc.* Chicago. 2—5 Iunie, 27 Innie 1908.

Pelton. *New-York med. journ.*, 27 Iunie 1908.

Polland. *Wien. Klin. Wochens.*, 1908, No. 28.

Predtechenski. *Prakt. Vratch.* No. 1, 2 din 1908,

Parlezza. Sur l'opht. reaction à la tuberculine dans les affections chirurgicales. *Soc. Médico-Chir. de Pavie.* 29 Ian. 1909.

Romme. La cuti reaction et les reactions nerveuses. *Presse médicale,* 1908 No. 84.

Rénou. *Soc. méd. des Hôpitaux.* 6 Dec. 1907.

Raviart. *Soc. de Biologie.* 23 Nov. 1907.

Raymond. *Bulletin médical,* 1901.

Railliet. *Revue de la tuberculose,* 4 Aug., 1907.

Reitschel. *Verhandl. der Gessels. für Kindecheilk.* 1907.

Rosenberg. Die progn. Bedeutung der O. R. und C. R. *Barl. Klin. Woch.* No. 2, din 1908, p. 65.

Ricklin. *Revue internationale de clinique et de Thérapeutique,* 15 Mai şi 15 Iunie 1908.

Reclus. Keratita ulceroasă în teza lui **Debebut.**

Rosenau şi **Anderson.** *The Assoc. of. Americ. phys.* Washington 12-13 Mai 908.

Schüler. Von Piryuelt'sch Reaktion in der Otiatrie. *Zeitsck. für Ohrenheilk. und für den Krankheiten der Luftwege.* t. LVIII, fasc. 1 şi 2, Aprilie 1909.

Schenck. *Deutsche Med. woch.* 9 Ian. 1908.

Soulié. *Bullet. Médical* 1907, p. 735.

Sydney. (**Stephenson**) *British. med. journ.* 19 Oct. 1907.

Sabrazès et **Duperié.** *Soc. méd. de Bordeaux,* 21 Iulie 1907.

Schik. *Münch. Med. wochen.* 1908, p. 504.

Stiennon. *Soc. de Biologie* Paris. t. LXIII, p. 245.

Sakorraphos. *Soc. de Biologie.* 14 Mai 1908.

Sicard şi **Descomps.** *Soc med des Hôpit.* 14—28 Iunie, 29 Nov. 1907.

Souques şi **Cawadias.** *Soc. med. des Hôpit.* 29 Nov. 1907.

Simonin. O. R. chez lesadultes. *Soc. med. des Hôpit.* 22 Nov. 1907.

Serbource. *Thèse de Paris.* Febr. 1908.

Slătineanu. *Soc. de Biologie.* 27 Iulie 1907. (Oamenii sănătoşi prezintă C. R. mai intensă de cât tuberculoşii. Reacţ. evidente la Cobay tuberc).

Slătineanu şi **Danielopolu.** Sensibilisation à l'infection tuberculeuse par une injection préalable de tuberculine. Bucarest. *Soc Biol.* 20 Febr. 1908, p. 418.

Slătineanu şi **Danielopolu.** Sur la sensibilisation du cobaye à l'inoculation intra-cérébrale de bac. tuberc. par une injection préalable de tuberculine. *Soc. Biol.* 1909).

Stănculeanu. Anatomia patologică a oftalmo reacţiunei (cu Mihail) *Revista Ştiinţelor medicale* Oct. 909. (*Bull. Soc. Biol.* Avril. 909. *Klin. Monats für Augenh.* April 1909).

Slătineanu şi **Danielopolu.** Influence du traumatisme cérébral sur les réaction du cobaye normal aux injections sous cutanées de tuberculine, Soc. Biol. No. 2 din 1908.

Schenk şi **Seiffert** (100 O. R. după metoda progresivă a lui Epenstein). *Mün. Med. wochen.* 1907, No. 46.

Stephens, Lecky, Woodcock. (Calmette's O. R.) *Britisch méd. Journ.* 28 Martie, 1908.

Stoerk. Bemerkungen zur Präzipitation bei Tuberkulose, *wien. klin. wochens.* No. 9 şi 11 din 1908.

Stadelmann. Ueber Kutane und Konjunkt. Tub. anwendung, *Deuts. Med. wochen.* 1908 Febr. 13 No. 7.

Stadelmann şi **Wolff Eissner.** Die diagn. progn. und theoretische Bedeutung der Reaktion. *Deuts. med. woch.* 30 Ian. 908 No. 5.

Schröder şi **Kaufmann.** Ueber den Wert der OR. bei Tub. als diagn. Hilfsmittel. *Münch. med. woch.* No. 2 din 1908.

Schleissner. (200 C. R. la copil) *wien. Klin wochens.* No. 48 din 1907.

Schubert. *Münch. med. wochens.* 1907 No. 50 (50 O. R).

Salvolini. O. R. alla Tuberculina. *Riforma medica,* 19 Oct. 1907.

Siegert. Verhandl. der Gessels. für Kinderheilk. 1907.

Slătineanu. *Revista ştiinţelor medicale,* Bucureşti, Iunie, 1907.

Slătineanu. *Bull Inst. Pasteur.* 30 August, 1907.

Sachs. Medical Record, 30 Mai 1908.

Sabrazès et **Lafon.** *Gaz, hebd. desc. méd. de Bordeaux,* 11 Oct. 1908.

Schrumpf. *Münch. med. woch.* 27 Oct. 1908.

Smithies. *The americ. med. Ass. Chicago,* 2—5 Iunie 1908.

Schultz şi **Zelmden.** *Terap. Monats.* Aprilie, 1908 Berlin.

Tice. (Frederick) *The journ.of the Amer. med. Ass.* 1908.

Tedeschi, V. M. Asupra reacţiunilor la tuberculină şi în special asupra unei : auriculoreacţiuni. *Arch. f. Kinderheilk.* XLIX 3—4/1909.

Tedeschi şi **Lorenzi.** Prime experienze di oftalmo e dermoreazione con tubercoline di diversa origine. *La Pediatrie,* Aprilie 1908.

Trousseau. Dangers de l'O.R. J. *de méd. et de chir.* pratiques de Lucas Championnière. Art. 21.865, Irido choroidite.

Terrien. Société d'ophtalmologie, Oct. 1907. (Conjunctivită foliculară cu aspect tuberculos).

Uriarte. *Semana medica,* 1907, No. 33 (116 O. R.)

Voia Angela. Conjunctivo reacţiunea în tuberculoza chirurgicală, *Teză.* Bucureşti, 1909.

Vallée. *Academie des Sciences,* 3 Iunie, 1907, şi şedinţa 17 Iunie, 1907 şi 20 Ian. 1908, *Rev. gen. med. vet.* 15 Martie 1908.

Vanderheyden. (C. R. şi O. R. la bovidee) *Ann. méd. vét.* Nov. 1907.

Vallet. *Académie des Sciences,* 27 Ian. 1908.

Venot. *Gaz hébd. des sc. méd. de Bordeaux,* No. 16 Apr. 1908.

Villar et **Tixier.** *Revue de la tuberculose,* 1908.

Waldstein. Prager. *med. Woch.* 27 Febr. 1908.

Walter. *Hamburger The Journ. of the Amer. med. Assoc. Chicago,* 17 şi 25 Aprilie, 1908.

Wedd şi **Hertz.** *Britisch med. Journal,* 1907.

Wladimiroff. *Berl. Tierartz Woch.* 18 Ian. 1908.

Wiens şi **Günther.** *Münch. med. Woch.* 8 Sept. 1908.

Wolff Eissner. *Beitr. z. Klinik* d. Tub. Bd. IX p. 479.

„ *Wiener Klin. Woch.* No. 33 din 1908.

„ *Muench. med. Woch.* 10 Nov. 1908.

„ *Beitr. Klin. d. Tuber.* Bd. X 4, 2, 1908.

„ *Berlin Kl. wochens.* 3 Iunie, 1907.

Winacouroff, I. Contrib. à l'étude de l'ophtalmoreaction à la tuberculine chez les enfants. *Arch.de méd. des Enf.* Dec. 1708.

Wiedbolz. *Berl. Klin. wochens.* 16 Martie 1908.

Weber. *Münch. med. wochens.* 18 Febr. 1908, (Inocul. sub cut. la animale cu bacili Smegmei).

Wolff M. Kutane, Konjunctivale und subkutane Tub. ing. *Berl. Kl. Woch.* 10 Februarie, 1908.

Wolff Eisner şi **Teichmann.** *Berl. Klin. woch.* 13 Ian. 1908, p. 65.

Walker. (Calmette's O.R. to Tub. cu 244 cazuri). *The journ of The Amer. med. Assoc. Chicago,* 25 Ian. 1908, p. 259.

Zeidler. *Centralblatt f. Bacter. Origin.* t. XLIV 20. Aug. 1907.

Zeldmen şi **Schultz.** *Therap. Monatsch.* Aprilie 1908, Berlin.

Zoeppritz. Beiträge zur Klinik der tuberculose Bd. IX Heft.

HÔPITAL BRANCOVAN (Clinique médicale Prof. Buicliu)

D. DANIELOPOLU

SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU CŒUR PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE STROPHANTINE

Dangers de cette médication

Dans un premier travail, publié dans les *Archives des Maladies du coeur*, j'ai montré, après Fränkel, Schwartz, Von der Velden, les bons effets qu'on peut obtenir par les injections intraveineuses de strophantine dans l'insuffisance cardiaque, et les grands avantages que cette médication présente sur les toniques habituels du coeur.

Dernièrement Vaquez et Leconte ont longuement insisté sur cette question devant la Société medicale des hôpitaux de Paris, et leurs cas sont des exemples très démonstratifs de la supériorité de la strophantine.

En effet, les observations que donnent ces auteurs concernent des malades qui avaient été traités sans grand succès pendant longtemps par différents cardio-toniques et diurétiques, et qui n'ont été sensiblement améliorés qu'a la suite des injections intra-veineuses de strophantine.

Mais, à côté de l'efficacité que presque tous les auteurs reconnaissent à ce médicament, il faut aussi compter avec les accidents, souvent mortels, qu'il peut provoquer, et qui figurent parmi les observations de quelques auteurs.

Les cas de Frankel et Schwartz, celui de Vaquez et Leconte, le cas relaté par Chauffard et Troisier à l'une des séances de la Société Médicale des Hopitaux, cas qui concernent des malades morts subitement après l'injection de strophantine, sont des exemples suffisants pour recommander la plus grande prudence dans l'administration de ce médicament.

Vaquez et Leconte concluent à juste raison, dans leur travail, que ce ne sont pas les malades,dont le myocàrde peut être fortifié par le traitement cardio-tonique classique, qui doivent être traités par la strophantine. La vraie indication de ce traitement se présente, soit chez un cardiaque où l'on veut obtenir un effet très rapide, soit dans les cas où les autres médicaments, habituellement employés en pratique pour tonifier le cœur, ont échoué.

La communication de ces auteurs a provoqué la publication de plusieurs notes présentée, devant la Société des Hôpitaux, dont la plupart sont défavorables à ce traitement...

Par contre, presque tous les auteurs allemands, qui se sont occuppés de ce traitement, concluent en sa faveur.

Après avoir publié mon premier mémoire sur cette question, j'ai continué à employer la strophantine chez un assez grand nombre de cardiaques.

Comme d'après mes recherches je crois qu'on peut tirer de grands profits de l'emploi de la strophantine, qui est destinée à entrer dans la pratique, au moins pour une certaine catégorie de cardiaques, et comme je considère d'autre part, qu'en agissant très prudemment, on peut éviter les accidents, je trouve intéréssant de communiquer en détail deux nouvelles observations concernant des malades qui se sont très bien trouvés à la suite de ce traitement.

Chez le malade qui fait l'objet de la première observation, on avait employé pendant des mois divers médicaments, sans obtenir dans le meilleur cas qu'une amélioration légère et peu durable. Par les injections intra-veineuses de strophantine, j'ai obtenu au contraire chez ce malade, des effets nullement comparables à ceux qui ont suivi l'administration des autres médicaments. Cette observation est encore interéssante à deux autres points de vue:

1. Elle montre les bons résultats que donne la théobromine associée à la strophantine;

2. Je n'ai observé aucun phénomène d'accumulation du médicament, malgré son administration en assez forte dose et à courts intervalles (9 milligrammes en 17 jours).

Obs. I.— *I. D.*, 48 ans, palefrenier, entre dans la service de M. le professeur Buicliu, à l'Hôpital Brancovan, le 4 Février 1908, se plaignant de palpitations, d'oppression et de dyspnée très forte. Il nous raconte avoir observé depuis peu de temps de l'œdème de se membres inférieurs, qui a augmenté pendant les derniers jours qui précédèrent son admission à l'hôpital.

Antécedents.— A l'âge de 12 ans, scarlatine. Vers l'âge de 25 et 26 ans des accès de paludisme qui ont duré plusieurs mois.

Pneumonie gauche à 30. ans.

Il contracte la syphilis à 32 ans, infection contre laquelle le malade suit un traitement très insuffisant.

Depuis 3 ans il souffre de crampes dans les mollets, de temps en temps sensation de doigt mort, cryesthésie, pollakiurie nocturne.

Il y a un an, il a commencé a sentir de l'oppression précordiale, survenant surtout la nuit. Depuis la même époque la respiration est devenue plus courte et plus fréquente, phenomènes qui s'accentuent après chaque effort.

Depuis deux semaines, et à la suite d'un refroidissement, il tousse en éliminant des crachats muco-purulents.

Il prétend que, jusqu'il y a deux semaines, il n'a jamais eu d'oedème des membres inférieurs. Depuis ce moment le malade a remarqué un peu d'oedème situé au début autour des malléoles, mais qui n'a pas tardé à gagner les jambes, les cuisses et la paroi abdominale.

Toujours à partir de cette époque là quantité d'urine à diminué et les troubles cardiaques et respiratoires sont devenus plus forts.

Etat présent. Constitution assez forte.

Poids *81 kg. 700.* Malade dyspnéisant, cyanosé, jugulaires très distendues et pulsatiles.

Oedème très prononcés des membres inférieurs et des organes génitaux externes, de la paroi abdominale et thoracique inférieure.

Poumons.— Sub-matité aux deux bases. Diminution respiratoire, frottements pleuraux et râles sous-crépitants aux mêmes endroits. Dans le reste de ces organes la sonorité est exagérée, la respiration diminuée. L'inspiration est humée et la periode expiratoire est beaucoup plus prolongée qu'à l'état normal.

Nombreux râles ronflants et sibilants.

Coeur. — Pointe dans le 6-ème espace intercostal gauche, à 2 cm. en dehors du mamelon.

Matité cardiaque augmentée surtout dans le sens transversal. Galop très net. Aucun souffle.

Le cœur est à 100 contractions par minute et très arhytmique.

Foie — dépasse le rebord costal droit de trois travers de doigt. Il est douloureux spontanément et à la pression.

Rate — peu hypertrofiée.

Le malade urine souvent pendant la nuit. *400 cc. en 24 heures*, avec 18 gr. d'urée, 1 gr., 98 de chlorures et 0,80 centigrammes d'albumine.

Nombreux cylindres hyalins.

L'épreuve du bleu de methylène nous montre une élimination qui commence une demi-heure après l'injection (0,05 centigrammes), avec premier maximum à la troisième heure. L'élimination présente plusieurs maxima et finit à la 72-ème heure.

On se trouvait donc en présence d'un malade atteint de myocardite chronique avancée et d'emphysème pulmonaire, avec pheno-mènes de nephrite chronique, et qui depuis deux semaines seulement, à ce qu'il affirme, est en asystolie marquée.

Traitement

Le 4 février. — 15 grammes de teinture de jalap.

Du 5 au 15 février — 2 grammes de théobromine par jour.

Le malade se trouve mieux à la suite de cette médication, car le 8 Février déjà, l'état général est meilleur, la dyspnée et l'oppression sont moins marquées, et l'urine à augmenté à 1400 cc. en 24 heures, avec 0,50 centigrammes d'albumine.

Les jours suivants se passent sans accidents, l'état cardiaque et général se maintiennent, la quantité d'urine de 24 heures varie entre 1000 et 1500 cc.

Les œdèmes diminuent et le malade perd en poids, car le 15 Février, c'est à dire 10 jours après le commencement du traitement, le poids a diminué de 9 kilogrammes.

Mais cette amélioration ne dure que peu de temps. Le 16 Février, en effet, le malade commence à se trouver plus mal et la quantité d'urine tombe à 500 cc. en 24 heures.

La théobromine n'agit pas beaucoup, la caféine, administrée à raison d'un gramme par jour du 19 au 24 février, encore moins.

Le 25 Février on redonne la théobromine (2 à 3 grammes par jour), traitement que l'on continue jusqu'au 7 Mars et qui ne produit d'amélioration sensible.

On éprouve le même echec avec la caféine, associée ou suivie de théobromine, qu'on administre jusquau 7 mai.

L'état général devient de plus en plus mauvais, les troubles cardiaques et respiratoires augmentent d'intensité, la quantité d'urine tombe à 300-400 cc. en 24 heures, sauf pendant des périodes très courtes pendant lesquelles elle monte à 600-800 cc.

Les œdèmes sont de plus en plus prononcés, et le malade augmente de poids, car il pèse 75 kilogrammes le 7 mai.

On ne peut de même rien obtenir par l'acétate de théocine, la cafeine (1 à 2 grammes par jour) et la théobromine (2 à 3 gr. par jour), traitements qu'on fait suivre au malade jusqu'au 25 mai. Au contraire, les phénomènes d'insuffisance cardiaque augmentent, la quantité d'urine baisse à 200-400 cc. en 24 heures. Le malade pèse le 24 Mai, 79 kilogrammes 500, c'est à dire 7 kgr. de plus que le 5 Février.

L'infusion de digitale (0,75 centigrammes par jour), qu'on donne au malade chaque jour du 26 au 30 Mai ne fait qu'augmenter très peu la quantité d'urine, qui se maintient les jours suivants à 400-600 cc. en 24 heures. On reprend, sans meilleur resultat la caféine et la théobromine du 30 Mai au 5 juin.

Début du traitement par la strophantine le 5 Mai (1).

État du malade à cette date.

Etat général très mauvais. Dyspnée, oppression et palpitations fortes. Face cyanosée, jugulaires distendues et pulsatiles. Oedèmes des membres inférieurs, de la paroi abdominale et thoracique inférieure. Ascite. Congestion pulmonaire passive des deux bases. Foie gros, douloureux (il dépasse de 4 travers de doigt le rebord costal).

Pointe du cœur dans le 6-ème espace, en dehors du mamelon. Matité transversale augmentée.

120 contractions arhytmiques. Souffle d'insuffisance tricuspidienne. Tension artérielle (Potain) 12.

Urine 400 cc. en 24 heures, avec 0,80 ctg. d'albumine. Poids *79 kgr., 800.*

L'état du malade est en général plus sérieusement atteint qu'au moment de son entrée à l'hôpital. Cet état nous décide à commencer le traitement par la strophantine associée à la théobromine, le 5 juin 1908.

---

(1) Strophantinum purissimum Gehe (Dresde).

Il faut relever que ce dernier médicament essayé à plusieurs reprises chez le même malade, n'avait provoqué aucune amélioration.

Le 5 Juin. — Première inj. intra-veineuse de strophantine amorphe (un milligramme) + 2 grammes de théobromine à l'intérieur.

Avant l'injection: Pouls 120, très arhytmique
Tension 12 (Potain)
35 minutes après: Pouls 96, un peu régularisé
Tension 14 (Potain)

Cet état se maintient jusqu'au soir, quand le nombre des pulsations monte à 110—112 par minute, en même temps que le pouls devient plus irrégulier et que la tension retombe à 12—13 (P.)

Le 6 Juin. — 2 grammes de théobromine
Pouls — 110, arrhytmique
Tension — 12—13
Urine — 700 grammes; 3 gr. d'albumine.

Le 7 juin. — Pouls — 110, très arhytmique
Tension — 12—13.

Deuxième injection intra-veineuse d'un mgr. de strophantine amorphe + 2 grammes de théobromine à l'intérieur.

30 minutes après l'injection: Pouls 90, beaucoup plus régulier
Tension 14—15
Urine — 700 cc., avec 3 gr. d'albumine

Le 8 juin. — Troisième injection d'un milligramme de strophantine amorphe + 2 grammes de théobromine à l'intérieur.

Pendant toute cette journée le pouls s'est maintenu à 86-90, tension 16.

Urine 900 cc. avec 1 gr. 50 d'albumine.

Le 9 juin. — Quatrième injection intra-veineuse, à la même dose

Pouls à 86, tension 17. Régularisation manifeste du pouls. Quantité d'urine 1500 cc., 3 grammes d'albumine.

Le 10 juin. — Pouls 84. Tension 17.

Cinquième injection intra-veineuse d'un milligramme + 2 gr. de théobromine.

Le soir — Pouls 90. Tension 17. Pouls un peu plus arhytmique que le matin. Urine 1200 cc.

Le 11 juin. — 2 grammes de théobromine

Pouls 90, régularisé. Tension 17. Urine 1900 cc.

Le 12 juin. — 2 grammes de théobromine

Pouls 90, régularisé. Tension 17. Urine 1500 cc.

Le 13 juin. — Sixième injection intraveineuse d'un milligramme + 3 grammes de théobromine à l'intérieur.

Pouls 80, régulier. Tension 17--18. Urine 2.800 cc. Albumine 1 gr. 50.

Le 14 juin. — 2 grammes de théobromine.

Pouls 84. Tension 17—18. Urine 2.200. Albumine 0,50 centigrammes.

Le 15 juin. — Septième injection intraveineuse d'un milligramme de strophantine.

Le 16 juin, on cesse les injections et on fait ingérer au malade 3 grammes de théobromine par jour. Du 16 au 21 juin, le pouls s'est maintenu entre 80 et 92 pulsations par minute, assez régulier, et la tension artérielle entre 16 et 19.

La quantité d'urine a varié ainsi qu'il suit:

Le 16 juin	2500	cc.
Le 17 „	2600	„
Le 18 „	2800	„
Le 19 „	2100	„

A ce moment le malade se sent beaucoup mieux. Les troubles subjectifs cardiaques ont beaucoup diminué.

Les œdèmes sont moins prononcés et le malade a perdu 11 kgr. de son poids, car il pèse le 19 Juin 68 kgr.

Mais cet état de mieux ne dure que jusqu'au 21 juin, quand le pouls revient à 100, la tension arterielle tombe à 15—16 et la quantité d'urine à 800 cc. en 24 heures.

Le 22 juin. — Huitième injection intra-veineuse d'un milligramme de strophantine amorphe et 3 grammes de théobromine à l'intérieur.

De nouveau l'état du malade s'améliore.

Le 23 juin. — Pouls 90, Tension 17—18. Urine 1800.

Le 24 juin. — Pouls 90. Tension 17—18. Urine 1800, avec 0,80 ctgr. d'albumine.

On redonne du 25 juin au 4 juillet 2 grammes de théobromine par jour.

Le 25 juin	—	Pouls	84.	Tension	16—17.	Urine	2600
Le 26 „	—	„	84.	„	17—18.	„	2200

Le 27 juin — Pouls 90. Tension 16—17. Urine 2500
Le 28 „ — „ 80. „ 17—18. „ 2300 sans album.
Le 29 „ — „ 80. „ 17—19. „ 2500 „ „

Poids 65 kilogrammes, c'est à dire 13 kilogrammes de moins, qu'au début du traitement par la strophantine.

Les œdemes et l'ascite ont presque disparu.

Le 30 juin. — Pouls 90. Tension 16—17. Urine 1400, 0,50 d'alb.
Le 1-er juillet. — Pouls 90. Tension 16. Urine 1200, 0,50 „
Le 2 „ — „ 90. „ 16. „ 1600, 0,50 „
Le 3 „ — „ 90. „ 16. „ 1600, 0,50 „
Le 4 „ — „ 78. „ 16—18 „ 1200, 0,50 „
Le 5 „ — „ 78. „ 17—18 „ 1200, 0,50 „

Les contractions du cœur sont plus fortes et beaucoup plus régulières. La matité cardiaque diminuée transversalement. Le foie dépasse le rebord costal d'un travers de doigt.

Les foyers de congestion passive des poumons ont beaucoup diminué.

Poids (le 5 juillet) — 63 kgr., c'est à dire 16 kgr. de moins que le 5 juin, date du commencement des injections de strophantine.

Il s'agit donc en résumé d'un malade atteint de myocardite chronique et emphysème pulmonaire, qui, a la suite d'une bronchite, présente des phénomènes dus à la dilatation du cœur droit, asystolie avancée (oedèmes, stases viscérales).

Son état, très mauvais au moment de l'entrée à l'hôpital, paraît s'améliorer au debut par la théobromine. Mais cet état de mieux ne dure que 12 jours, car à partir du 16 Février le malade se trouve de plus en plus mal, tant au point de vue des troubles subjectifs, qu'aussi en ce qui concerne l'état du coeur et la diurèse.

À partir de ce moment aucun médicament ne produit plus d'effet appréciable. Ni la caféine, ni la theobromine, ni l'acétate de théocine, ne provoquent une amélioration sensible et durable de son état. Sauf quelques rares jours, où le volume des urines atteint 1000 cc. en 24 heures, le reste du temps et *pendant près de 4 mois*, la quantité varie entre 200 et 800 cc.

La dilatation du cœur droit s'accentue, et avec elle les phénomènes de stase viscérale, les oedèmes et l'ascite. — Enfin le poids du malade augmente progressivement.

On n'obtient de même presque rien avec la digitale, suivie de théobromine et de caféine, car l'état du malade empire de plus en plus.

Après 4 mois de tatonnements on se décide à commencer le traitement par la strophantine associée à la théobromime.

Déjà à la suite des premières injections on peut constater une action manifeste et rapide sur le cœur, car le pouls devient plus rare et plus régulier, en même temps que la tension artérielle augmente. Mais c'est surtout *à partir de la 4-ème injection,* que les effets de cette médication deviennent remarquables.

Le pouls, beaucoup plus régulier, se maintient à 80—90 par minute, la tension artérielle à 16—18 Potain. La matité cardiaque diminue dans le sens transversal, les congestions hépatique et pulmonaire s'atténuent sensiblement, et la diurèse augmente de 400 cc. à 1500, 1900 et 2800 en 24 heures. Les œdèmes disparaissent et le poids diminue de 16 kilogrammes en un mois.

Les phénomènes subjectifs sont plus légers, car le malade n'a presque plus d'oppression et de dyspnée et le sommeil est bien meilleur.

Je crois que, si on lit les observations très détaillées de Vaquez et Leconte, et si on suit en détail l'évolution de la maladie du sujet I. D., on est obligé de reconnaître la grande efficacité de la strophantine et les divers avantages qu'elle présente sur les autres cardiotoniques.

Il est incontestable que la médication par la strophantine est dangereuse. Mais est-ce que la possibilité d'accidents, peut nous autoriser à laisser empirer l'état d'un malade dont le cœur ne réagit plus à aucun cardiotonique, de le vouer par conséquent à une mort prochaine et sûre? Pourquoi ne pas essayer l'injection intraveineuse de strophantine avec laquelle on a la possibilité d'obtenir des améliorations si remerquables?

Ces malades sont des sujets perdus, chez lesquels il n'y a plus rien à faire, et je ne vois pas la raison pour laquelle on leur refuserait cette médication.

Je dois ajouter que, ni dans le cas du malade I. D., ni chez les sujets sur lesquels j'ai entrepris mes premières recherches, je n'ai observé aucun phenomène d'accumulation avec la strophantine amorphe de Gehe que j'ai employée. Je n'ai eu à enregistrer avec le médicament sous cette forme aucun accident mortel, et c'est cela qui m'a fait employer chez tous les malades la dose indiquée par Fraenkel, c'est a dire un milligramme en 24 heures.

Les accidents que j'ai eus ensuite avec la strophantine cristallisée de Merck, ainsi que la conviction que je me suis faite par des recherches sur les animaux, que le degré de toxicité de la forme amorphe est très variable; d'autre part le fait que la sensibilité des sujets m'a paru très différente d'un malade à l'autre, et d'autant plus grande que l'état général était plus mauvais, toutes ces raisons m'ont conduit à essayer plus tard des doses beaucoup moindres, avec lesquelles j'ai pu obtenir de bons resultats.

Je reviendrai d'ailleurs sur cette question dans le cours de ce travail.

Dangers de la médication par la strophantine

Plusieurs des auteurs qui ont employé la strophantine ont signalé des cas de mort subite survenant en général une demi-heure à une heure après l'injection.

Mais dans la majorité des observations, la toxicité de la strophantine comme cause de mort subite n'est pas prouvée d'une manière péremptoire, ou du moins ne peut pas être seule incriminée.

Ainsi un grand nombre de ces observations concernent des malades qui, en même temps qu'une lésion cardiaque, présentaient des signes de nephrite chronique avancée. Dans ces cas la strophantine était contre-indiquée, car l'imperméabilité rénale ne permettait pas une élimination complète du médicament.

Il faut, bien entendu, séparer de ce groupe les cas où l'insuffisance du rein dépend uniquement de la lésion cardiaque; en ce cas la strophanfine fait rapidement disparaître les phenomènes de stase dans cet organe.

Dans une deuxième catégorie de malades où l'on signalé la mort subite après la strophantine, entrent les sujets dont l'état cardiaque et général étaient au momment de l'administration de ce médicament en tres mauvais état. Il s'agissait de malades très près de la mort, et dans ces cas il n'est pas prouvé que c'est la strophantine qui a été la cause de la mort subite, et *on peut se demander si elle est survenue à cause, ou malgré le traitement par la strophantine.*

On trouve enfin des cas de mort subite après l'administration d'une trop grande quantité de strophantine dans un intervalle très court. Il est évident que les accidents survenus dans de telles conditions ne peuvent servir de motif sérieux pour éloigner la strophantine de la pratique.

Mais si la plupart des cas de mort subite sont dus, soit au fait que le rein était trop lésé, soit à la trop grande quantité de strophantine qu'on avait inutilement injectée, soit à ce qu'on avait affaire à des cardiaques mourants chez lesquels il est difficile de juger à quoi est due la mort, il reste tout de même, il faut le reconnaître, quelques cas — en minorité d'ailleurs — où la strophantine seule doit être incriminée. Tel est par exemple le malade de Chauffard et Troisier, chez lequel l'état n'était pas très grave et le rein n'était que peu insuffisant.

On est surpris en consultant la bibliographie, au point de vue des accidents que cause la strophantine, par la variabilité des résultats qu'ont obtenus les différents auteurs. Tandis qu'en effet les uns, n'ont eu aucun accident, quoiqu'ils avaient employé la strophantine chez un grand nombre de malades, d'autres, dès les premiers essais ont eu à enregistrer des accidents mortels, qui les ont fait s'abtenir ensuite de cette médication trop dangereuse (1).

Cette inégalité de résultats tient, non seulement à la susceptibilité de l'organisme, variable d'un sujet à l'autre, *mais encore, et surtout, au fait que la strophantine amorphe qu'on trouve dans le commerce est très variable comme toxicité.*

De plus, les auteurs ont employé les uns la strophantine amorphe, les autres la forme cristallisée de ce médicament, deux substances différentes, au point de vue de la composition et du degré de toxicité.

Il existe en effet dans le commerce deux formes principales de strophantine.

La strophantine cristallisée de Merck, extraite d'après la méthode de Thoms des graines de *strophantus gratus*. Les graines de cette plante ne contiennent pas en réalité de la strophantine, mais une substance différente, *l'ouabaïne*.

La strophantine amorphe (strophant. puriss, de Merck, de

---

(1) La grande majorité des auteurs allemands ont obtenu des effets remarquables en employant ce médicament, ce qui a fait entrer à juste raison la strophantine dans la pratique courante (au moins dans les hôpitaux).

Boehringer) est extraite des graines de *strophantus kombe.* C'est la vraie strophantine, différente comme composition de la première.

Ces deux formes différent surtout par leur degré de toxicité. Cela ressort d'une façon evidente tant des recherches cliniques, que des expériences sur lez animaux.

Heffter a demontré en effet que *la strophantine cristallisée est $1^1/_2$-2 fois plus toxique que la préparation amorphe,* car tandis qu'il faut 0 mgr., 16 de la première par kilogramme d'animal pour tuer un lapin, il est nécessaire d'injecter 0, mgr. 22-0 mgr. 36 de strophantine amorphe pour obtenir le même effet.

Or, plusieurs des observations de mort subite après la strophantine concernent des malades chez lesquels on avait employé la forme cristallisée.

Ainsi, tandis qu'avec la strophantine amorphe de Boehringer, Chauffard et Troisier ont obtenu de très bons résultats, ils ont eu un cas de mort subite avec la strophantine cristallisée.

C'est toujours après l'administration de cette dernière que Vaquez et Leconte ont eu à noter des troubles dès la première injection, chez un malade qui a supporté très bien ensuite sans le moindre phenomène d'accumulation, plusieurs injections de strophantine amorphe.

De même, tant que j'ai employé la strophantine amorphe je n'ai remarqué aucun phénomène d'acumnulation, je n'ai eu a enregistrer aucun cas de mort subite, et parmi mes malades il y en avait quelques-uns chez lesquels les injections avaient été plusieurs fois répetées et à intervalles très courts. Le nombre total de malades auxquels j'ai administré la strophantine amorphe est de 32.

Au contraire, *avec la strophantine cristallisée de Merck, j'ai eu deux cas de mort subite,* l'une après deux injections d'un milligramme, l'autre après la troisième injection de la même dose.

Je n'ai d'ailleurs employé la strophantine cristallisée que dans trois cas, car les accidents qui sont survenus chez deux de ces malades m'ont décidé à m'abstenir complètement dans la suite de cette forme de strophantine, et de n'employer que la préparation amorphe.

Le premier malade (myocardite cronique sans lésion rénale) a supporté tres bien trois injections d'un milligramme de strophantine cristallisée, faites à 24 heures d'intervalle.

Dans le deuxième cas (myocardite chronique, dilatation du cœur droit, asystolie marquée, lésion chronique avancée du rein) le malade est mort une demi-heure après la deuxième injection d'un milligramme de strophantine cristallisée, faite 24 heures après la première.

Chez un troisième sujet enfin, dont l'état d'insuffisance cardiaque et rénale était tout aussi avancé, la mort a suivi la troisième injection de strophantine cristallisée, à la même dose et aux mêmes intervalles.

J'ai trouvé à l'autopsie de ce dernier malade un myocarde hypertrophié, avec plaques de myocardite scléreuse et foyers de dégénérescence graisseuse. Cœur droit très dilaté. Le péricarde, les plèvres et le péritoine contenaient une quantité considérable de liquide. *Les reins présentaient les caractères d'une néphrite mixte intense, avec lésions interstitielles prédominantes.*

Il est probable que la gravité de l'état général et l'état avancé de la lésion rénale et d'insuffisance cardiaque avaient rendu ces malades plus sensibles à la strophantine, mais il faut d'autre part incriminer en partie la toxicité de la strophantine cristallisée plus grande que celle de la préparation amorphe (1).

Il résulte donc, comme conclusion pratique que, si l'on doit être prudent quand on emploie la strophantine amorphe, il faut se munir de plus de précautions encore, on veut administrer la forme cristallisée.

Je dois ajouter que chez mes trois malades traités par la strophantine cristallisée, je n'ai pas remarqué des effets comparables à ceux que j'étais habitué à voir avec la préparation amorphe.

Mais, si cette dernière forme a l'avantage d'être moins toxique que la forme cristallisée, elle présente le grand désavantage qu'elle est très variable comme composition.

D'après les renseignements que j'ai pu obtenir de différentes maisons de produits chimiques, il paraît qu'on ne trouve jamais dans le commerce des graines pures de strophantus kombe (celles qui servent à l'extraction de la strophantine amorphe), mais qu'elles sont toujours mélangées à des graines de strophantus gratus qui fournissent l'ouabaïne (stroph. cristallisée).

Comme les proportions dans lesquelles sont mélangées les différentes variétés de graines, varient dans de grandes limites, j'estime qu'il faut chercher là la cause de l'inégalité de toxicité de la strophantine amorphe.

---

(1) On se demande aussi pour ces cas si la strophantine a été la cause véritable de la mort subite. Il est très difficile de se faire une opinion chez des malades si gravement atteints ; car l'état d'insuffisance cardiaque et rénale avancées, peuvent expliquer suffisamment la mort.

Ceci d'ailleurs résulte aussi des recherches expérimentales de Hefftter. En effet, d'après cet auteur, tandis que la dose mortelle pour le lapin est toujours la même pour la strophantine cristallisée (soit celle de Merck soit celle de Boehringer), le degré de toxicité de la forme amorphe varie suivant la fabrique d'où provient le produit. La strophantine amorphe de Boehringer tue le lapin à la dose de *0 mgr. 34* par kilogramme d'animal, celle de chez Merck tue la même animal à la dose de *0 mgr. 22* par kilograme. Il semble donc, d'après ces expériences, que la strophantine amorphe de Boehringer est beaucoup moins toxique que celle de Merck.

J'ai répété les mêmes recherches sur le lapin (en employant la même voie, c'est à dire la voie intraveineuse) avec la strophantine amorphe de Boehringer, et j'ai obtenu des résultats un peu différents de ceux de Hefftter, car la dose minima mortelle que j'ai trouvée a été de 0 mgr. 25 par kilogramme de lapin.

Cette différence dans les résultats nous montre encore une fois combien la strophantine amorphe est variable comme toxicité, non seulement d'une fabrique à l'autre, mais encore pour deux échantillons sortis de la même maison.

Je crois qu'un dosage méthodique sur le lapin (seul dosage possible d'ailleurs pour la forme amorphe) d'un échantillon qu'on veut employer pour la première fois dans la pratique, serait loin d'être inutile. Ce dosage ne demanderait que quelque lapins et un temps très court pour les expériences, car on connaît d'une manière approximative les limites entre lesquelles varient la toxicité de la strophantine pour cet animal.

Je me suis convaincu, par des recherches que j'ai entreprises après la publication de mon premier travail dans les Archives, que des doses moindres que celle d'un milligramme de strophantine amorphe, administrées par la voie intra-veineuse, peuvent produire des effets remarquables chez un malade atteint d'insuffisance cardiaque.

J'ai remarqué seulement un phenomène important. Si on emploie une dose moindre que celle d'un milligramme, l'action du médicament n'est pas durable.

Avec ces petites doses, on obtient un renforcement très rapide de la contraction cardiaque, avec élévation de la tension artérielle et amélioration notable de l'état général. Sauf dans de rares cas, la *diurèse n'augmente que très peu avec les petites doses*, ne pouvant pas être comparée à celle provoquée par la dose d'un milligramme.

En ce qui concerne les intervalles, je crois que si on est forcé de répéter plusieurs fois la dose, et d'arriver à la dose maxima d'un milligramme, on doit espacer d'autant plus les injections, que les doses sont plus grandes et plus souvent répétées.

Mais il y a des cas où l'état trop grave du malade ne permet pas au médecin d'attendre que ce laps de temps ce soit écoulé : Chez ces malades, qui sont très près de la fin, on doit essayer l'injection de strophantine quand ont est à bout de ressources ; ce sont des sujets qui sont voués à la mort sans la strophantine, mais qui peuvent être sauvés par ce dernier médicament.

Tous ces tâtonnements, tant au point de vue des doses qu'il y a lieu d'employer, qu'à celui des intervalles qui doivent séparer les injections, sont bien entendu facilités par un dosage biologique préalable sur le lapin.

Dangers des injections intra-veineuses de strophantine administrées en même temps où trop tôt après une préparation digitalique.

Dès les premières recherches sur le traitement par la strophantine, on a constaté qu'il est dangereux d'employer cette substance en même temps où de l'administrer trop tôt après une préparation digitalique. On trouve signalés en effet des cas de mort subite survenus dans ces conditions.

Ce sont ces accidents qui ont conduit Fraenkel et Schwartz, Vaquez et Leconte, à conclure qu'on ne doit jamais employer la strophantine, que si un intervalle de 3 à 4 jours s'est écoulé après l'administration de digitale.

Mais il y a des cas où le traitement par la strophantine n'est essayé que parce que les autres cardiotoniques ont échoué il arrive plus d'une fois que le malade auquel on est forcé de faire une injection de cette substance, a récemment pris de la digitale, mais son cœur et sont état général son dans un état si grave, qu'on ne peut respecter cet intervalle, sans risquer de voir mourir le malade.

Et il faut faire remarquer que ce sont precisement ces sujets qui tirent le plus de profit de la médication par la strophantine, c'est à dire les malades chez lesquels on avait essayé sans succès auparavant un autre cardiotonique, dans la majorité des cas, à l'hôpital comme en ville, une préparation digitalique.

Je crois que si on se trouve dans de telles conditions, dans les cas où il n'y a plus rien à faire, on peut, en dimminuant la dose de strophantine, venir en aide au malade.

J'ai eu à soigner un malade qui se trouvait dans ces conditions, et chez lequel j'ai obtenu un effet suprenant, sans le moindre accident, avec des doses très petites de strophantine amorphe.

Dans ce cas, le fait que le cœur n'avait réagi ni à l'infusion de digitale, ni à la digitalline Nativelle, ni aux nombreuses injections de caféine et d'huile camphrée, nous a autorisé à essayer la strophantine, aux moments où l'état très grave du malade le commandait.

Je rapporte ici en détail l'observation de ce malade.

Obs. II. *G. D.*, 42 ans, vieux cardiaque, fait une insuffisance aigue de cœur à la suite d'une intoxication alimentaire.

Antécédents.

Pas d'infection syphilitique.

Entre 14 et 20 ans plusieurs accès de rhumatisme polyarticulaire aigu, à la suite desquels s'est établi une insuffisance mitrale.

Le cœur a été très bien compensé jusqu'à l'âge de 40 ans.

A ce moment le malade est atteint d'une forte infection grippale (bacilles de Pfeiffer dans le sang), avec foyers de congestion pulmonaire des deux côtés.

Cette maladie dura 3 mois, pendant lesquels on a constaté à plusieurs reprises des localisations pulmonaires, musculaires et articulaires, survenant brusquement et accompagnées de poussés irrégulières de température.

En même temps on trouve au foyer aortique un souffle au premier temps, avec propagation vers la clavicule.

Après un mois, surviennent des accès d'angine de poitrine. État du cœur en ce moment: souffle diastolique, aspiratif, se propageant vers l'appendice xyphoide. Matité préaortique augmentée. Inégalité des deux pulsations radiales (le pouls radial droit plus fort que celui du côté de gauche).

La radiographie, faite un mois plus tard, nous montre une dilatation de l'aorte ascendante et de la portion initiale de la crosse.

Il faut faire remarquer que ces lésions aortiques se sont établies pendant cette infection, et que le malade, plusieurs fois examiné auparavant, n'a jamais présenté le moindre signe du côté de l'aorte.

Les deux années qui ont suivi cette infection se sont passées sans accidents importants. Le malade souffrait seulement d'accès de palpitations et de dyspnée, assez supportables, survenant surtout après la fatigue.

Il se sentit très bien jusqu'au 5 avril, date du début de l'état actuel. Brusquement il est pris de vommissements bilieux, accompagnés de fièvre et d'un état général assez mauvais. Le cœur pen ce temps, commence à faiblir, le pouls s'accélère et devient irrégulier. La quantité d'urine enfin descend de 1.000—1.200 qu'il éliminait habituellement, à 200—400 en 24 heures.

Deux jours avant mon arrivée, le malade avait pris lui-même 20 gouttes de digitallyne Nativelle et le lendemain (le 7 avril) une infusion de feuilles de digitale de 0,75 centigrames, médicaments qui n'ont produit aucun effet appréciable.

Examen du malade le 8 Avril (le matin).

Le malade est dyspnéique et cyanosé. Les vomissements bilieux sont fréquents. La température est à 37°.

Cœur dilaté, souffle d'insuffisance mitrale, double souffle aortique. *Les contractions sont accélérés (110—120 par minute), arhytmiques. Le pouls est faible, inégal.* Rien d'appréciable du côté des poumons, du foie et de la rate.

Urine *200—300 cc. en 24 heures.* Sub-ictère conjonctival. Pas d'oedèmes.

8 avril au soir. Température 38°.5. Cœur plus faible, 140—160 pulsations par minute. Le malade est très dyspnéique et cyanosé. Les vomissements continuent. *Cet état empire pendant la nuit malgré plusieurs injections d'huile camphrée et de caféine.*

Le 9 Avril (au matin). *L'état du malade est très grave. Le nombre des contractions cardiaques est à 180—200 par minute. On ne sent presque plus le pouls radial.*

Urines du 8 au 9 avril *200 cc.*, avec pigments biliaires. L'ictère est plus prononcé. Température 37.8.

On ne peut administrer aucun médicament à l'intérieur, à cause des vomissements qui continuent.

A bout de ressources, et voyant le malade perdu, on fait *une première injection de strophantine amorphe de Boehringer à la dose d'un quart de milligramme.*

20 minutes après cette injection, le pouls radial commence à être perceptible, le nombre des contractions cardiaques tombe à 100—110. La malade éprouve un état de mieux manifeste.

Mais cette amélioration ne dure que jusqu'au soir, quand les mêmes phénomènes se reproduisent en même temps que la température augmente (38.4 à 7 heures). On n'arrive pas à remonter le cœur avec des doses fortes de caféine et d'huile camphrée administrées en injections sous-cutanées. L'état du malade en effet empire au point *que vers minuit, le pouls redevient imperceptible, en même temps que l'état général est des plus mauvais.*

Je me décide alors *à répéter l'injection intra-veineuse de 2 decimilligrammes de strophantine,* qui provoque très rapidement (après 15 minutes) une amélioration notable du cœur et un soulagement général du malade. Le pouls est à 100 pulsations par minute, mais encore très irrégulier.

Après 3 4 ou heures reproduction des mêmes phénomènes. On essaie de nouveau la caféine et le camphre, mais avec peu de résultat.

Vers les 7 heures du matin (11 avril) la malade perd presque connaissance, le pouls redevient inperceptibile. J'essaye alors une dernière fois une injection intra-veineuse de deux décimilligrammes de la même strophantine, et j'obtiens les mêmes effets qu'après les deux premières, c'est à dire un ralentissement rapide du pouls, augmentation de la tension artérielle et soulagement manifeste du malade qui se sent resuscité.

L'effet obtenu est meilleur encore, car tandis qu'après les deux premières injections l'amélioration a été assez passagère, les effets de la dernière se sont maintenus toute la journée du 11 avril.

Le pouls est en général à 96—100, assez irrégulier.

De temps en temps le nombre des pulsations montait à 110—120 et la tension artérielle diminuait, mais le cœur était vite remonté par la cafeine et le camphre. L'état général est beaucoup meilleur. Enfin la quantité d'urine, qui n'avait pas dépassé trois cents grammes les jours précédents, augmenta à *1000 cc. en 24 heures.* La température le soir 36.5.

Le lendemain et les jours suivants le pouls a oscillé entre 80 et 86 par minute, régulier.

La tension arterielle reste elevée et la quantité d'urine a varié entre 1000 et 1200 cm. c. en 24 heures.

Le malade n'a plus de fièvre, les vomissements ont complètement cessé, ce qui permet l'administration d'un gramme de théobromine le 12 et le 13 avril.

Voici donc un malade qui, au cours d'une intoxication alimentaire forte, présente des signes graves d'insuffisance aigue du cœur. *L'état mauvais de cet organe, et le fait que le myocarde ne réagissait plus à aucun médicament, me força ici essayer la strophantine, quoique le malade eut pris la veille de la digitale.*

Je n'ai eu à noter dans ce cas aucun accident et les effets que j'ai obtenus ont été des plus surprenants. Le cœur du malade, en effet, prêt à défaillir à trois reprises, a été vite remonté par l'injection de strophantine, de sorte qu'on a pu maintenir cet organe jusqu'au moment, où la fièvre tombée, il a recommencé à fonctionner sans aucun médicament.

Cette observation constitue un exemple démonstratif qui me fait affirmer que la strophantine prudemment maniée, c'est à dire à très petites doses plusieurs fois répétées, peut être employée avec succès chez les sujets qui avaient pris une préparation digitalique.

Il est incontestable que, à cause des accidents possibles, nous ne sommes autorisés à employer la strophantine qu'en dernier lieu, c'est à dire au moment où l'état très mauvais du malade ne peut plus être amélioré par aucun médicament.

Je tiens a relever encore deux faits d'observation que j'ai constatés chez mon malade.

J'ai remarqué que son myocarde, complètement insensible à la caféine et au camphre avant l'injection de strophantine, reprenait son excitabilité pour ces deux médicaments après cette injection. Ce phénomène m'a permis d'éloigner le plus possible le moment de l'injection ultérieure de strophantine, que je n'ai faite qu'à l'instant où le myocarde redevenait inexcitable, pour la caféine et le camphre.

Le deuxième fait qui me paraît intéressant à noter est le suivant. Une demi-heure après la troisième injection de strophantine j'ai constaté un rythme bicouplé du cœur des plus nets, dont seulement la première contraction, la plus forte, se transmettait à la radiale.

L'intervalle qui séparait les deux pulsations d'un couple, était manifestemment plus petit que celui qui était interposé entre la contraction faible et la contraction forte suivante.

Ce rythme n'a duré d'ailleurs que 2 à 3 heures.

C'est pour la première fois que je remarque après la strophantine le rythme bicouplé, qui a été souvent signalé après l'administration de la digitale.

Conclusions.

1° Je suis d'accord avec la majorité des auteurs pour reconnaître à la strophantine des qualités qui la rendent de beaucoup supérieure à tous les cardiotoniques habituels.

Sa supériorité est démontrée surtout par :

a) la rapidité avec laquelle elle agit ;

b) son efficacité chez les sujets chez lesquels les autres cardiotoniques ont echoué.

2° La strophantine est surtout indiquée dans les cas ou il faut agir très rapidement et chez les malades qui n'ont pu être remontés par les médicaments habituels ;

3° Ce médicament est contre — indiqué :

a) chez les malades dont le rein est très insuffisant ;

b) chez les malades récemment digitalisés, (sauf certains cas particuliers).

La plupart des malades qui sont morts subitement après la strophantine se trouvaient dans l'une de ces conditions, qui contre-indiquaient l'administration de ce médicament.

5. Il faut employer avec grande prudence la forme cristallisée, car elle est plus toxique que le forme amorphe. Plusieurs des accidents qu'on a signalés sont dus à l'emploi de la forme cristallisée. en trop forte dose.

6. *La variabilité très grande de la forme amorphe commande de même des précautions quand on l'emploie, car sa toxicité est très inégale pour differents echantillons.*

C'est pour cela qu'il est prudent de doser d'abord sur le lapin un produit amorphe qu'on emploie pour la première fois.

7. On peut obtenir de très bons effets avec des doses moindres que celle d'un milligramme. Avec ces doses l'action diurétique n'est plus si pronnoncée. On n'obtient qu'une élévation de la ten-

sion, avec ralentissement du pouls et amélioration de l'état général. Ces effets sont moins durables qu'avec la dose d'un milligramme.

L'intervalle qui sépare deux injections doit être d'au moins 24 heures. Il sera d'autant plus long que l'injection sera répétée plus souvent.

On ne doit employer que des doses très petites (2 à 4 décimilligrammes):

a) Chez les malades dont l'état trop mauvais du myocarde les rend plus sensibles à l'action toxique de la strophantine amorphe.

b) Chez les sujets auxquels on a administré de la digitale moins de 3 à 4 jours avant.

Avec ces petites doses on n'obtient en général qu'un renforcement très rapide du myocarde et une amélioration manifeste de l'état général. La diurèse n'est que peu modifiée.

Les petites doses sont donc à recommander surtout dans les cas très graves, dans lesquels on cherche à provoquer une action très rapide sur le myocarde.

8. Il y a des malades dont l'état cardiaque et général est si grave, qu'ils peuvent être considérés comme perdus, aucun médicament n'arrivant plus à remonter le cœur. Dans ces cas on est forcé d'employer la strophantine, malgré l'administration récente de la digitale, qui constitue en général une contre-indication.

La strophantine reste le seul médicament qui peut encore les sauver.

CERCETĂRI ORIGINALE

D-rii V HÂNCU şi V GOMOIU

Cercetări asupra morţii prin cloroformizare

(Com. prealabilă: rolul acidului cyanhidric).

Sunt bine cunoscute tutulor numeroasele discuţiuni care au însoţit introducerea cloroformului în practica chirurgicală; se ştie bine cum la început însuşi Flourens, care'i a semnalat proprietăţile lui anestesice, îl acusa zicând că „dacă eterul este un agent miraculos şi teribil, apoi cloroformul este şi mai miraculos, şi mai teribil"; se ştie iarăşi, cum alături de cohortele de adversari şi devotaţi ai cloroformului, au existat o mulţime de chirurgi de valoare cari s'au declarat rând pe rând când apărători, când acusatori ai cloroformului.

Cestiunea narcosei cloroformice a fost discutată în toate societăţile ştiinţifice, şi a ajuns chiar înaintea tribunalelor, dar trebue să mărturisim că nici-odată nu s'a ajuns a se stabili în mod absolut inocuitatea sau nocivitatea cloroformului, fiind-că unii chirurgi declară a nu fi avut nici un caz mortal, alţii au căutat să ascundă aceste cazuri, iar alţii arată că au avut prea multe.

In adevăr, dacă am căuta să judecăm după statisticile publicate — admiţând bine înţeles veracitatea lor, nu putem să tragem nici-o conclusiune formală, din causa notei contradictorii ce reiese din comparaţiunea lor; — după statisticile lui Le Fort, Gurlt, Andreews, etc, ar trebui să considerăm cloroformul ca foarte periculos, pe când, din contră, după acelea ale lui Billroth, Keer, Nussbaum, etc, ar trebui să'l socotim absolut inofensiv.

Totuşi, până acum de curând, cloroformul era aproape singurul anestesic întrebuinţat în chirurgie, fiind-că „nu se cunoştea alt anestezic care să poată detrona cloroformul şi să'i ia locul“.

Dar chiar astă-zi, când rachianestesia a intrat direct în luptă cu anestesia cloroformică, cestiunea superiorităţei, a avantagiilor, a inocuităţei şi a nocivităţei, se prezintă absolut sub acelaşi aspect ca şi în trecut. Pe când unii chirurgi, în frunte cu Prof. Th. Ionescu la noi s'au declarat adversari înverşunaţi ai cloroformului şi *l'au exclus cu totul* din practica chirurgicală, din contră sunt alţii cari 'i au rămas devotaţi convinşi şi privesc cu cea mai mare neîncredere la progresele ce se fac în rachianestesie ; în sfârşit, este o a treia categorie de chirurgi, cari întrebuinţează ambele metode de anestesie, după cazuri, sau le părăsesc şi le admit pe una sau pe alta într'un timp destul de scurt.

Discuţiunile pro şi contra se urmează cu cel mai viu interes, justificate fiind de importanţa deosebită a cestiunei, dar pe când cercetările asupra rachianestesiei tind către perfecţionarea ei, găsindu-se încă în fasa de observaţiune, din contră, acele referitoare la narcosa cloroformică caută să explice causa şi mecanismul accidentelor la care dă naştere une-ori.

Din primele cercetări şi din discuţiunile aduse înaintea societăţilor ştiinţifice s'a admis că, în afară de vina care cade în sarcina cloroformizatorului, apoi unul din factorii cei mai importanţi în moartea prin cloroform era impuritatea lui. Acest fapt se dovedi a fi fost foarte adevărat căci, în urma perfecţiunei metodelor de preparare ale cloroformului, accidentele anestesiei scad atât de simţitor în cât chirurgi ca Sedillot care-l combătuse cu înverşunare, afirmă că „cloroformul bine preparat şi bine administrat, nu omoară“.

Dar, cu toată perfecţiunea metodelor de preparare şi de administrare, accidentele mortale, de şi mai rari, au continuat să fie semnalate—cea ce dovedea că aceştia nu erau singurii factori de care depindea rezultatul bun sau funest al anestesiei, şi că trebuia să mai fie şi alte elemente cari intervin în cauză. Aşa bunioară la noi, unde se întrebuinţează totd'auna cloroformul Eforiei Spitalelor Civile, care e chimic pur şi în totd'auna proaspăt, totuşi accidentele s'au petrecut în proporţie destul de însemnată şi oare cum diferită de la un serviciu la altul : In serviciul D-lui Prof. Severeanu, până la 1898, din aproape 10000 de anestesii, n'a fost nici un caz mortal, iar de la 1898—1904 (pe 1758) a avut 2 cazuri mortale;

D-l Prof. Râmniceanu n'a avut nici un caz mortal; Prof. Th. Ionescu din 2187 cloroformisări, (1898-1905) a avut 3 cazuri mortale; Dr. Racoviceanu, pe 1347 cloroformizări a avut 2 morţi; Dr. Nanu-Gh. din 1062 cloroformizări a avut 2 decese (1). Numeroasele discuţii asupra acestei cestiuni au adus la conclusiunea că trei sunt factorii cari pot fi încriminaţi în producerea morţei prin narcosa cloroformică: cloroformul, cloroformizătorul, şi bolnavul.

Ori, am amintit deja că cestiunea impurităţei cloroformului a fost cea dintâi considerată, şi că, graţie perfecţiunei mijloacelor de preparare, s'a ajuns să se obţină cloroform pur — de şi, trebue să notăm afirmaţiunea lui Reynauld, cum că este aproape imposibil a putea spune în ce constă un cloroform bun şi unul prost. S'au asociat cloroformului diferite substanţe s'a luat precauţiunea de a se păstra în flacoane închise şi colorate — anume preparate pentru anestesii; s'au luat în sfârşit atâtea alte măsuri — unele din ele poate chiar inutile de oare-ce sunt astă-zi chirurgi de valoare, care întrebuinţează pentru anestesii cloroformul brut, din comerţ, cum făcea la noi D-l Prof. Juvara, şi proporţia mortalităţei nu este mai mare, sau poate că n'au avut nici un caz mortal.

Pentru a se evita accidentele ce ar proveni dintr'o rea administrare a cloroformului, s'au recomandat o serie de metode, dar rezultatul n'a fost mai fericit, căci, aceleaşi accidente care se întâmplau cu o metodă surveneau în alte împrejurări cu cealaltă metodă. S'a încredinţat apoi administrarea cloroformului unor adevăraţi specialişti-cloroformişti; s'au inventat o mulţime de aparate — unele mai simple altele mai complicate; s'au întrebuinţat amestecurile titrate, etc., dar accidentele narcozei încă n'au fost complect înlăturate.

Al treileia factor, şi care va rămâne probabil cel mai important în narcosa cloroformică, *ca şi în celelalte*, am spus că este starea bolnavului însuşi. S'au pus, din acest punct de vedere, o mulţime de contraindicaţii: afecţiunile cardiace, pulmonare, hepatice, renale, bătrâneţea, debilitatea, etc; — s'a mers cu numărul contraindicaţiunilor până la exagerare, fără a se fi atins însă scopul dorit, căci de multe ori cei sucombaţi erau indivizi viguroşi şi fără nici o afecţiune organică din cele citate. De altfel aceste contraindicaţiuni au căzut rând pe rând, şi, în raportul său către Academie,

---

(1) Dr. V. Hâncu. Cloroformul Eforiei Spitalelor civile. Cloroformizări şi accidente. *Teză*, Bucureşti, 1909.

Huchard a demonstrat că nici chiar afecţiunile cardiace nu constitue o contraindicaţie a cloroformisărei — fapt de care ne-am convins noi înşine în practica spitalicească.

Toate aceste precauţiuni privitoare la narcosa cloroformică au avut ca efect incontestabil scăderea în mod simţitor a accidentelor mortale, dar n'au ajuns încă să le înlăture complect.

In adevăr, dacă ne putem explica uşor moarte survenită din cauza unui coloform impur, administrat de un nepriceput, asupra unui pacient debilitat şi pentru o intervenţiune prelungită, apoi din contră, foarte puţin explicabilă e moartea ce survine la indivizi puşi în cele mai bune condiţiuni; dacă coloformul este o otravă puternică care, dată în cantitate excesivă poate intoxica, poate ucide, dar aceasta nu poate fi invocată în cazuurile când pacienţii sucombă imediat după inspiraţiunea primelor picături.

Mai mult încă, cu toate observaţiunile îndelungate şi infiinit de multe, făcute asupra subiecţilor cloroformisaţi, tot nu se poate formula un tablou fix de succesiunea fenomenelor narcotice sau de condiţiunile în care survin accidentele: pe când unui adorm imediat, numai cu câte-va grame de cloroform, din contră alţii pun un timp îndelungat şi necesită o mare cantitate de anestesic; pe când unii au o periodă de excitaţiune violentă şi prelungită (fără a fi alcoolici), din contră alţii păstrează în tot timpul un calm absolut.

In cea ce priveşte morţile cloroformice, Aubeau Dastre, etc., le clasifică în trei categorii:

Unele care survin către sfârşitul anestesiei, datorite intoxicaţiunei coloformice complecte, sincopele prin oprire paresică sau adinamică, aşa numită apnee toxică, care'şi are fireşte o explicaţie justă; Altele care survin când narcosa este deja înaintată, pe la mijlocul ei, numite sincope automatice, când oprirea cordului sau a respiraţiunei se face progresiv sau brusc (printr'un spasm tetanic al glotei); In fine, altele care survin la început, după primele inhalaţiuni, prin aşa numită apnee reflexă, sau prin sincopa cardiacă reflexă, care survine la persoanele nervoase, impresionabile, slăbite prin supuraţiuni, sau la persoane cu cordul neregulat.

Observaţiunile repetate au confirmat veracitatea acestui din urmă fapt, şi în mod aproape empiric chirurgii au căutat să înlăture acest neajuns. S'au administrat (premergător anestesiei) diferite calmante şi analgesice, s'au făcut injecţiuni cu morfină, scopolamină, etc.; s'a badigeonat mucoasa faringo-nasală cu cocaină, etc. dar moartea cloroformică tot n'a dispărut complect din dicţionarul anestesiei.

Dealtmintreli se ştie că sunt o mulţime de chirurgi care au recomandat şi care practică încă narcosa după metoda numită „prin sideraţiune" fără a se teme de sincopa laringo-reflexă căreia „on peut imputer *quelques-uns* des cas de mort foudroyante".

Afară de aceasta, în sincopa respiratorie secundară sau automatică nu mai putem acusa superexcitaţia nervilor periferici, ci însuşi bulbul este direct interesat prin vaporii cloroformici — „soit que ces vapeurs y soient menées en grande abondance, *soit que des conditions particulières aient accru son excitabilité*".

Iată deci cum, după atâtea observaţiuni minuţioase şi după atîtea cercetări experimentale, fisiologia declară sincer că mai sunt condiţiuni *particulare* care pot interveni la un moment dat şi să modifice mersul narcosei cloroformice.

Cercetările mai aprofundate asupra mecanismului intim al anestesiei au conchis că ar fi vorba de o coagulare trecătoare a protoplasmei (Cl. Bernard); — de o deshidratare a protoplasmei (Raphaël); — de o dizolvare în coloform a grăsimilor fosforate care intră în constituţia celulelor (mai ales a celor nervoase), etc. S'a zis că accidentele cloroformice ar fi datorite unor embolii globulare (C. Witte) căci sub influenţa narcoticului globulele s'ar deforma, s'ar întări (Samson, von Wittich, Böttcher); — ori intoxicări cu acid carbonic etc., — că aceste accidente (cele tardive în special) ar surveni din cauza unei scăderi sensibile a lencocitelor care, sub inflenţa cloroformului, ar lua forma rotundă şi s'ar fixa mai repede (Maurel), etc.

Cea ce se poate afirma este numai că, coloformul are o universalitate de acţiune şi că poate suspenda temporar sau definitiv diferitele moduri de activitate celulară, dar procesul bio-chimic intim trebue să recunoaştem că este încă puţin cunoscut.

Chirurgii, mai modeşti, s'au resemnat în faţa imposibilităţei de a explica intimitatea acestor fenomene şi au recunoscut că există un *ce* particular al individului — „eul", de care depinde varietatea manifestaţiunilor vieţei.

Nu este mai puţin adevărat însă că observaţiunile clinice au fost atît de complecte şi atît de judicioase în cât experienţa, care în această materie a urmat clinicei, n'a făcut de cât să le confirme.

Aşa bunioară, clinica, în practica cloformisărei, ne învaţă să purgăm bolnavul înaintea operaţiuuei, invocând un motiv sau altul, dar constatarea zilnică a arătat că este bine să facem acest lucru; apoi, la început, în mod aproape tot empiric, se ezita a se administra coloformul acelor pacienţi la care se constata o scădere considerabilă a cantităţei de uree din urină.

Ori, lucrările cu totul recente ale lui Somerville, Sippel asupra morţilor tardive (postcloroformice), acele ale lui Aubertin, Somerville, etc. — asupra lesiunilor hepatice postcloroformice, şi ale lui Holzbach — asupra funcţiunilor aparatului exeretor în anestesiĭ, — aceste lucrări zicem, care au redeschis discuţiunea (oare cum părăsită) asupra accidentelor cloroformice, par să fie în foarte strânsă legătură cu observaţiunile clinice brute pe care le am amintit.

Poate că mâine când cloroformul îşi va fi terminat cântul lebedei, atari constatări îşi vor pierde ori-ce importanţă şi chiar noi nu am fi întreprins aceste cercetări dacă o împrejurare cu totul independentă de aceaste chestiuni n'ar fi venit în coraborărea faptelor ca să arunce o lumină cu totul nouă asupra procesului biochimic al ţesuturilor şi care poate n'ar fi streină de accidentele morţei cloroformice.

In luna Iulie 1907, în timpul studiilor făcute în laboratorul Prof. Thoma din Berlin, primul din noi avu ocasiunea de a îngrijii pe unul din colegi, care presenta un tablou simptomatic cam bizar la prima-vedere şi anume faţa aprinsă ochii injectaţi, vocea slăbită, cefalalgii violente, respiraţii dificilă şi pe deasupra o stare pe care bolnavul o traducea prin expresia de „inţepeneala corpului". Cercetând anamnesa bolnavului am aflat că de la orele 9 dimineaţa până la 12 lucrase în laborator încercând anaisa prin distilare a unor plante exotice ce'i fuseseră încredinţate pentru studiare.

Neputând stabili momentan vre-o legătura între starea pacientului şi acţiunea necunoscută a principiilor plantei cu care experimenta, am considerat această stare ca efect al muncei încordate din laborator. Pacientul a fos lăsat în repaus, şi după $^1/_2$ oră 'şi a revenit.

Pe la ora 2 p. m. pacientul deplin restabilit reintra în laborator şi reincepe experienţeie. Pe la orele $4^1/_2$ însă cade iarăşi bolnav, prezentând acum o serie de fenomene foarte îngrijitoare: faţa palidă, buzele cianosate, fruntea rece şi acoperită cu sudori, bătăile cordului foarte accelerate, pulsul mic abea preceptibil, numără 130 pulsaţiu pe minut, tremurături în tot corpul şi dispuee, sensaţia lipsei de aer.

Pacientul a fost transportat în aerul larg, i s'a administrat infusie forte de de cafea şi lapte.

Pentru a putea explica causa pustă a acestei stări, pe lângă examenul clinic, şi mai ales fiind-că ne găseam intr'un laborator, s'a luat inmedtat sânge de la acest bolnav şi s'a analizat de însuşi d-l Pries, asistentul laboratorului, şi, spre surprisa tutulor s'a constatat aci presenţa unei cantităţi bine apreciabile de *acid cyanhidric*.

N'a mai rămas nici-o îndoială că toate aceste fenomene erau datorite principiilor volatili ai plantei cu care experimentase. Cercetările analitice complectate, au arătat că în adevăr planta în cestiune poseda nişte principii volatili, cu miros aliaceu ce conţinea acid cianhidric. Este de semnalat faptul că şi directorul şi cei alţi asistenţi ai laboratorului au prezentat atare fenomene de intoxicaţie, dar mai puţini intense.

Iată deci un caz, în care contrar afirmaţiunilor cărţilor s'a putut decela prezenţa în sânge a acidului cyarhidric.

Asupra acestui cas s'a dresat atunci un memoriu, dar apoi a fost dat uitărei până când o nouă împrejurare l'a reamintit pentru ca acum să'i putem pune în evidenţă importanţa pe care o prezintă.

La 8 Aprilie 1908, d-l Dr. Jianu secundarul serv. I chirurgical din Spit. Colţea, voia să facă o laporatomie femeii M. G. S. în etate de 42 ani, de constituţie robustă. Pentru această intervenţie s'a întrebuinţat narcosă cloroformică, dar cum aparatul Roth-Dräger, care se întrebuinţa pe atunci, nu funcţiona bine, s'a recurs la administrarea cloroformului cu ajutorul compresei.

Inainte de a procede la intervenţie, chiar la începutul periodei de agitaţie, care a survenit repede, de şi bolnava nu luase de cât câte-va grame de cloroform, cade în sâncopă. Toate mijloacele întrebuinţate; respiraţie artificială, tracţiunile ritmice ale limbei, compresele calde, insuflaţia pulmonilor, injecţiile excitante, au fost încapabile de a o readuce la viaţă. Primul din noi fiind de faţă, şi preocupat de cestiunea atât de discutată a morţilor prin cloroform, care pe atunci era tocmai la ordinea zilei, am profitat de ocasiune şi am cules imediat o cantitate de sânge, prin al cărui examen voiam să mă conving de afirmaţiunile unor autori asupra ipoleucocitosei sub influenţa cloroformului.

Trebue să spun însă că, deşi trecuseră deja câte-va minute de la căderea în sincopă, totuşi prin puncţia pulpei digitale am putut să extrag încă o cantitate destul de abondentă de sânge. Dar, înainte de examenul microscopic, printr'o revelaţiune a cazului precitat, şi mai mult ca simplă curiositate, am încercat examenul analitic chimic al unei cantităţi de 5 gr. de sânge. Atunci am avut cu adevărat o surprisă enormă, când am dovedit aci prezenţa unor urme însemnate de *acid cyanhidric*.

— Calea pe care am urmat-o, a fost tocmai din cele mai simple: am amestecat cantitatea de sânge cu o parte egală de apă distilată; din acest amestec o porţiune distilată a fost primită într' o soluţiune de azotat de argint, unde mi-a dat precipitalul alb. Pentru a mă asigura de natura acestui precipitat, l'am disolvat in acid azotic, l'am neutralizat apoi cu o soluţiune de hydrat de sodiu şi a precipitat din nou — fapt care mi-a dovedit că precipitatul prim nu era alt-ceva de cât cyanurul de argint produs sub influenţa acidului cianhidric din sânge.

Mai mult încă, o altă porţiune din amestecul prim, am distilat-o în 4 gr. de apă, şi apoi le-am tratat cu perclorur de fier şi puţin sulfat feros, în soluţiune, plus o cantitate dintr'o soluţie concentrată de hidrat de potasiu, pe care le-am fiert intr'o eprubetă, timp de două minute, şi în urmă le-am acidulat cu acid clorhirdi; aci am obţinut o coloraţiune albastru pronunţat, care'mi a dat o nouă dovadă că amestecul meu prim conţinea acid cyanhidric.

Cum nu mă aşteptam la o atare descoperire, cantitatea de sânge culeasă mi-a fost insuficientă pentru alte cercetări, a căror executare mi-am propus-o însă pentru prima ocasiune.

La 28 Octombrie 1908, bolnavul O. P. de 32 ani, vine în serv. I chirurgical având o plagă abdominală, produsă prin armă de foc. D-l dr. Jianu, secundarul serviciului, decide intervenţia. La ora 10.$_{45}$ se începe cloroformisarea şi după 25 minute (la 11-$_{10}$, înainte de a fi început intervenţia, bolnavul cade în sincopă.

Prin respiraţia artificială prelungită, injecţii, etc., individul a fost readus la viaţă. In interesul aceloraşi cercetări, am căutat să iau bolnavului sânge, dar cum nu aveau la îndemână eprubeta necesară, am fost nevoit să culeg sângele abia la 10-15 minute după sincopă.

Asupra celor 10 gr. de sânge cules, am urmat acelaşi procedee descrise şi am avut satisfacţia de a fi constatat şi aci *prezenţa acidului cyanhidric,* dar într'o cantitate cu mult mai slabă.

Ori, faţă cu aceste fapte, de o importanţă indiscutabilă: *posibilitatea de a constata prezenţa acidului cyanhidric în sânge,* şi *găsirea lui în sângele cloroformisaţilor,* — se impune o întrebare, de altfel foarte legitimată, şi anume: dacă în primul cas, acidul cyanhidric ere datorit inhalaţiei de vapori toxici, dar în cele alte casuri (la cloroformisaţi) care era prevenienţa acestui acid? Este oare posibilă formaţiunea lui aci sub influenţa unor anumite împrejurări? Şi atunci care este mecanismul prin care se formează şi anume sub ce influenţe?

Ţinând seamă de acţiunea biochimică ce se petrece în intimitatea organismului, cu ocasiunea transformărei substanţelor albuminoide, ştim că se pune în libertate azotul sub diferite forme (compuşi) dintre care amoniacul, isocarbonaţii de amoniac, intră în bună parte, după cum arată lucrările lui Minkowski, Pawlov, Richet, Axenfeld, Sérégé, Gréhant, Nencki, etc.

Cantitatea de amoniac reţinută de ficat, a fost evaluată de aceştia la 0.47 gr. pe oră; el se combină aci cu acidul carbonic pentru a forma urea.

De altă parte însă, dacă reamintim faptele autorilor precitaţi, cari au constatat degenerescenţa ficatului în morţile postclorofomice, ne întrebăm: oare această alteraţiune atât de pronunţată se datoreşte acţiunei cloroformului? ori ea preexista, şi încetineala momentană, din timpul narcosei, a fost suficientă pentru ca materialele (compuşii amoniacali în special) acumulate în organism, din cauza relei funcţiuni a ficatului, să ia o transformare cu totul deosebită şi să dea naştere unor corpi dăunători organismului?

Şi atunci, acidul cyanhidric găsit în organism (în sânge), n'ar fi el una din aceste combinaţiuni anormale, produsă în atari condiţiuni excepţionale? Iată dar, cestiunile la care încercăm a răspunde în studiul pe care'l am intreprins.

Inainte de a cerceta şi judeca fenomenele bio-chimice (in experimentaţiunea pe viu), trebuia să ne convingem mai întâi dacă in vitro este posibilă o combinaţiune a cloroformului cu azotul sau cu amoniacul.

1). In acest scop am intreprins, o primă serie de experienţe

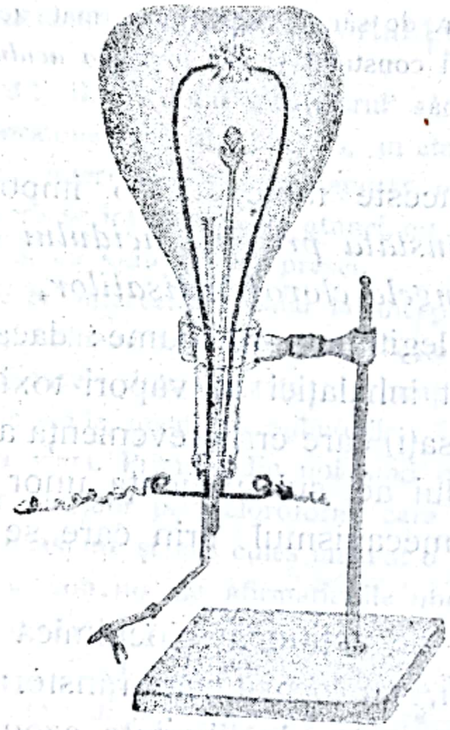


Fig. 1.

în care am constatat că amestecurile lichidelor (cloroform şi amoniac), cum şi amestecurile vaporilor de cloroform şi amoniac, atât la rece cât şi la cald, nu dau loc la nici o combinaţiune.

2). In a doua serie de experienţe, am căutat să vedem dacă o atare combinaţiune a cloroformului şi azotului este posibilă sub influenţa schinteilor electrice.

Pentru aceasta, ne-am servit de un balon de sticlă, (fig. 1), prin al cărui dop am trecut două fire metalice, servind ca electrozi; capetele firelor le-am îndoit, le-am ascuţit şi le-am apropiat astfel faţă în faţă iar între ele am fixat un burete imbibat cu cloroform.

Prin acelaşi dop am trecut două tuburi de sticlă: unul transformat în pâlnie, pentru a suporta o bucată de fosfor, destinată să absoarbă oxigenul din atmosfera balonului, iar cellalt tub, deschis la ambele capete ne-a servit să aspirăm conţinutul vasului, după experienţă.

Rezultatul obţinut în acest cas, a fost cu totul negativ.

3). In a treia serie de experienţe, ne-am servit de un tub lung de 50 ctm., cu diametrul de 3—4 ctm. Prin capetele acestui tub, închise ermetic prin dopuri ceruite, am trecut câte un fir metalic servind de electrozi, ca şi în cazul precedent, şi între ele am suspendat un burete imbibat cu cloroform. In interiorul tubului am introdus ocantitate de 4—5 gr. de amoniac, pe care'l am răspândit pe

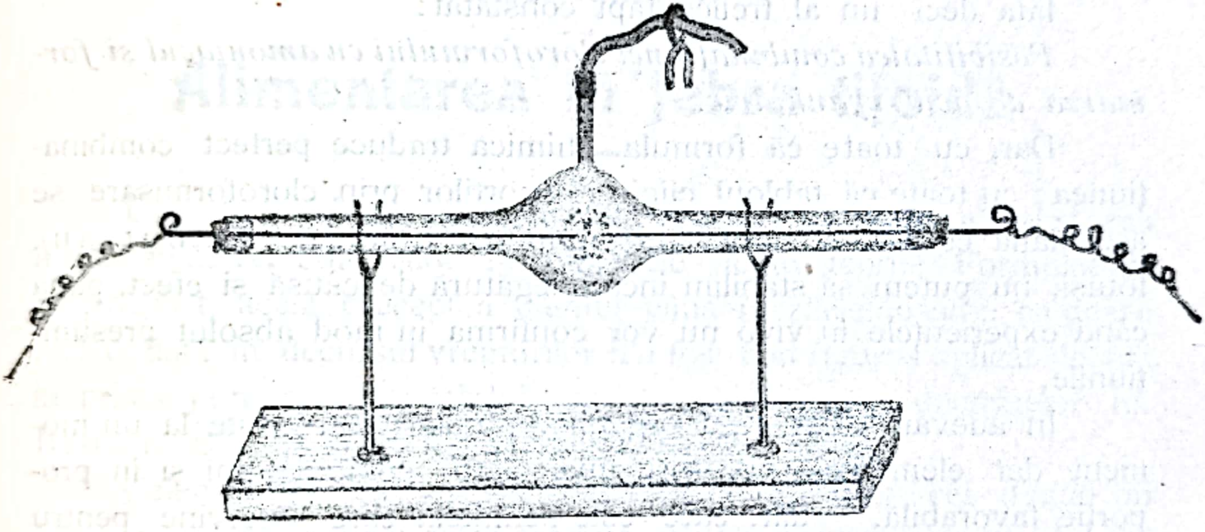


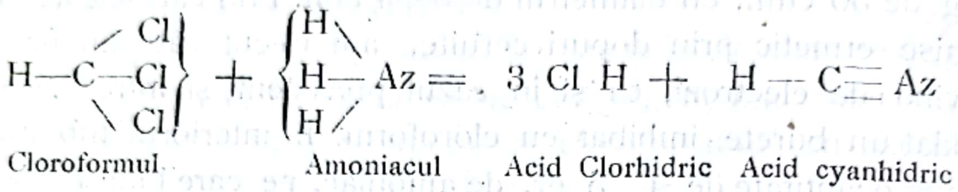
Fig. 2.

pereţii acestuia. Prin unul din dopuri, am trecut şi un tub de sticlă, necesar să aspirăm conţinutul tubului.

Pentru aceste experienţe, cel mai convenabil este un tub preparat ca cel din fig. 2.

Firele tubului astfel aranjat, au fost puse în contact cu polii unei bobine Rumkorf. Producând câte-va descărcări electrice, am constatat apariţia, în interiorul tubului, a unui noor alburiu. După aceea, trecând conţinutul tubului într'un vas ce conţinea o soluţiune 2°/₀ de nitrat de argint, am obţinut o turbureală destul de apreciabilă a lichidului. Asupra precipitatului format aci, am executat reacţiunile chimice descrise mai sus (pag. . .) şi am constatat că era vorba de un cyanur de argint datorit urmelor de acid cyanhidric ce se formaseră în tub. Mai mult încă, am luat o fâşie de hârtie sugătoare pe care am înbibat-o cu tinctură de guaiac proaspăt preparată şi după uscare am introdus-o în tubul recent destupat, am ţinut-o aci câte-va minute iar după acea am muiat-o într'o soluţiune de sulfat de cupru; hârtia a luat o coloraţiune albastră bine pronunţată, care este caracteristică acidului cyanhidric.

Fără să afirmăm lucrul în mod absolut, intru cât tratatele de chimie nu semnalează aceasta, dar, după toate probabilităţile combinaţia produsă aci ar corespunde formulei următoare:



$$\mathrm{H{-}CCl_3} + \mathrm{H_3Az} = 3\,\mathrm{Cl\,H} + \mathrm{H{-}C{\equiv}Az}$$

Iată deci un al treilea fapt constatat:

Posibilitatea combinaţiunei cloroformului cu amoniacul şi formarea de acid cyanhidric.

Dar, cu toate că formula chimică traduce perfect combinaţiunea; cu toate că tabloul clinic al morţilor prin cloroformisare se aseamănă cu acel al intoxicărilor prin acid cyanhidric (Rabuteau), totuşi, nu putem să stabilim încă o legătură de causă şi efect, până când experienţele in vivo nu vor confirma în mod absolut presumţiunile.

In adevăr, chiar dacă organismul nostru întruneşte la un moment dat elementele necesare unei atare combinaţiuni şi în proporţie favorabilă, — dar, care este schinteia care intervine pentru combinarea lor în acest sens şi nu aşa cum se produce de obicei?

Experienţele în această direcţiune caută a constata care este felul de a se comporta, faţă de cloroform şi de cloroformisare, un animal supraexcitat sau supraobosit, unul căruia 'i s'a supraoxigenat sau supraazotizat ţesuturile, unul căruia 'i s'a produs degenerarea ficatului sau 'i s'a suprimat complect funcţiunile hepatice şi renale.

MEDICINĂ PRACTICĂ

Dr. D. IONESCU

Alimentarea în febra tifoidă

Una din prejudecăţile cele mai durabile în medicină a fost şi acea a nealimentărei bolnavilor în maladiile acute febrile. Formulat de Hipocrat, acest precept a dăinuit până în zilele noastre, ba poate nici o dată în decursul vremurilor n'a fost mai riguros aplicat de cât în prima jumătate a secolului trecut sub influenţa doctrinelor lui Brown, Broussais, Bouillaud.

Celebrul clinician englez Graves, a susţinut cel d'întâi în 1843, alimentarea bolnavilor febricitanţi. Cu încetul, această idee 'şi făcu drum, mai ales prin lucrările lui Chossat şi Trousseau în Franţa, Buss şi Hösslin în Germania. Bolnavii fură alimentaţi cu tisane vegetale, lapte, bulion, une ori ouă.

Argumentele, ce se aduceau contra unei alimentări mai substanţiale a febricitanţilor în general erau, că în maladiile infecţioase acute, secreţiunile glandelor digestive sunt foarte mult scăzute, deci o alimentare mai consistentă n'ar putea fi utilizată şi ar irita mucoasa traectului gastro-intestinal dând loc şi la fermentaţiuni anormale cu resorbţie de produse toxice; apoi că prin procesul de oxidaţie al alimentelor în organism s'ar mări febra, părerea dovedită experimental a fi total greşită. La febra tifoidă se adăuga frica de hemoragii, perforaţii, recidive, la care ar putea da loc alimentarea bolnavilor, de şi observaţiuni precise nu existau în această privinţă.

Este evident că, chiar cu o hrană suficientă, menţinerea unui bilanţ nutritiv, echilibrat în febră e imposibil, dat fiind faptul că pe de o parte prin insăşi ridicarea de temperatură schimburile sunt augmentate, iar pe de alta toxinele specifice maladiei atacă substanţa organismului, în primul rând proteinele. Pe de altă parte, procesele de restituţie sunt împedicate în cursul evoluţiei maladiei, în ori-ce caz nu pot ţine pasul cu procesele de distrucţie. De aceia, chiar presupunând c'ar fi posibil a administra bolnavilor un exces de alimente albuminoide încă nu am putea ajunge la un echilibru azotos.

De aci însă nu urmează că, la deficitul produs de boală să lăsăm a se adăuga inaniţia provocată de nealimentare sau de alimentarea insuficientă, mai ales într'o maladie de lungă durată cum e febra tifoidă.

Teoreticeşte considerând lucrul, condiţiile ce se cer unui regim alimentar în febră sunt: să conţină în proporţii suficiente toate categoriile de alimente spre a preveni necesităţile dinamice ale organismului şi evita o excesivă perdere de greutate. Transformarea alimentelor de către organele digestive pentru resorpţie să nu impună acestora o muncă excesivă, iar produsele metabolismului acestui regim să fie eliminate fără iritaţia organelor respective sau formare abundentă de produse toxice.

Multă vreme s'a crezut, că regimul lactat împlineşte pe cât posibil, mai ales pentru febra tifoidă, condiţiile teoretice de mai sus.

Să vedem însă, dacă laptele este într'adevăr alimentul cel mai potrivit, în general vorbind, pentru tifici şi dacă în primul rând, poate preveni inaniţia. Se ştie că un om sănătos are nevoie în repaus în pat, (condiţie analogă bolnavului) cam de 30 calorii pe kgr. deci 2100 pentru greutatea mijlocie de 70 kgr. Presupunând, că augmentarea schimurilor în febră ar fi numai de $20^{0}/_{0}$, ajungem la o mijlocie de 2.500 calorii necesare individului spre a'i acoperi nevoile. Un litru de lapte de vacă are cam 680 calorii. Ar trebui deci peste $3^{1}/_{2}$ litri de lapte pe zi pentru ca bolnavul să aibă numărul de calorii necesare. Dacă însă considerăm în cele 2500 calorii şi repartiţia celor 3 categorii de alimente, atunci chiar presupunând că am putea administra unui tific $3^{1}/_{2}$ litri de lapte, resultatul ar fi departe da a fi mulţumitor. In $3^{1}/_{2}$ litri de lapte avem 120 gr. albumină, 168 gr. hidaţi de carbon şi 130 gr. grăsimi. Avem deci un exces de proteine şi grăsimi şi o cantitate cu totul insuficientă de acest preţios material, care sunt hidraţii de carbon. Excesul de grăsime face în parte ca laptele să fi dificil tolerat, de acea s'a propus de unii să se administreze laptele decremat ceea ce-i răpeşte însă considerabil din valoarea nutritivă. Excesul de proteine are de asemenea serioase inconveniente. Alte moment răpesc încă din valoarea nutritivă a laptelui. Ast-fel după Drechsel 9°/₀ din azotul caseinei se pierde pentru asimilare, fiind descompus direct în uree prin hidrolisă. Apoi laptele coagulând în stomac, acţiunea fermenţilor e limitată la suprafaţă pe când bacteriile lucrează la interior distrugând fără folos proteinele. Din această cauză s'ar perde după unii autori până la 24 din azotul laptelui la litru.

Pe d'altă parte caseina conţine 7°/₀ tirosină şi 15°/₀ triptofan (2 amino-acizi), cari sub influenţa bacteriilor din intestin produc fenol şi indol, perzându-se pentru organism şi dând deci naştere unor produse vătămătoare pentru rinichi.

Dar se zice că laptele nu este de loc iritant pentru intestinul ulcerat al tificilor. Pentru aceasta ar trebui însă să cerem unui aliment să rămână în adevăr lichid în traectul gastro-intestinal. Laptele cum se ştie se coagulează însă în stomac şi trece ast-fel în intestin, ca coaguli destul de mari formaţi de grăsime şi proteine unde sunt supuşi acţiunei fermenţilor specifici, şi lasă după absorbiţie un reziduu destul de însemnat, formând din cantitatea administrată, 6—10°/₀ fecale solide, căci numai hidraţii de carbon ai laptelui (lactoza) sunt reşorbiţi în totalitate.

Laptele nu este prin urmare de loc mai inofensiv în privinţa rolului său mecanic de cât alte alimente de ex. pesmeţi înmuiaţi, făină de leguminoaşe, chiar carne tocată, dacă ele sunt administrate fin divizate, formând o pastă semi-lichidă.

De fapt însă, atît pentru lapte cât şi pentru alte alimente, cu condiţia ca ele să nu conţină resturi însemnate vegetale sau animale (celulosă, ţesut conjunctiv) nedigerabile şi nimănui nu 'i va trece prin gând a administra asemenea alimente tificilor, temerea de iritaţie mecanică e iluzorie. Ulceraţiile tifice residă în adevăr de obicei în jumătate terminală a ileonului, în jejun sunt extrem de rare, iar fecalele se formează în intestinul gros unde ulceraţiile sunt de asemenea rare. In acea parte a ileonului, alimentele ajung însă ca o pastă foarte fină, chimul şi utilizarea lor (resorpţia) se face bine.

După unii autori, plăcile lui Peyer — ulcerate în febra tifoidă — ar fi organele de asimilaţie ale proteinelor. Asimilarea lor ar suferi deci în măsura întinderei proceselor ulcerative. Hidraţii de carbon încă ar rămâne atunci principala sursă de energie a tificilor, resorbţia proteinelor fiind turburată. Acest fapt ar fi deci încă un argument contra regimului lactat, cum am văzut relativ sărac în hidrați de carbon și bogat în proteine.

Cred util a semnala aci că, în ceea-ce privește resorpția, se știe azi, că în procesele enteritice ale intestinului gros, utilizarea nu sufera din cauza diareei. Cantitatea de azot mărită din fecale nu provine din alimentele neutilizate ci din augmentarea desquamațiunilor și producerea exagerată de secrețiune intestinală.

Dacă însă laptele n'ar avea nici unul din inconvenientele descrise mai sus și'ar fi posibil a administra unui tific 3—4 litri de lapte pe zi, această cantitate de lichid ar produce oboseala prin supra încărcarea tubului gastro intestinal, fără a mai vorbi de neajunsurile ce ar cauza inimei și rinichilor o masă de lichid zilnica de 3—4 litri.

De fapt însă, știm din practică cât de greu este a administra unui tific mai mult de $1^{1}/_{2}$ — 2 litri de lapte zilnic. Intoleranța survine curând; se produc grețuri, chiar vărsături une-ori foarte supărătoare, cari încetează odată cu suprimarea laptelui. In mai toate cazurile, cantitatea ingerată e cu totul insuficentă și sub regimul lactat exclusiv, bolnavii tifici vor suferi de inaniție, ale cărei simptome se vor adăoga celor produse de boală.

Diferiți clinicieni, în special ilustrul Friedrich v. Müller actualul profesor de clinică medicală din München, Gurnitzki și alții în Rusia, în Anglia Bar, în America Shattuck, in Franța Vaquez, au stăruit pentru o dietă mai hrănitoare, mai bogată în calorii sub un volum mai mic și ușor digerabilă, administrată nu numai după căderea temperaturei, dar chiar de la început și continuată în tot cursul boalei.

Evident un factor important în încercările de alimentare ale unui bolnav este apetitul, atât de des stins la febricitanți. Totuși cu multe silințe, oferindu-i cât de des persuadându-l, vom ajunge a face pe bolnav să mănânce. Inapetența e rar atât de totală, ca încercările să nu reușească; une-ori chiar găsim tifici cu apetitul conservat. Modul de prezentare al alimentelor, utilizarea pricepută a gusturilor bolnavului, trebuesc încă ținute în seamă.

Alimentarea zilnică va fi împărțită în 6 mese, dintre cari 3 mai abundente, iar 3 mai ușoare. Alimentele trebuesc să fie fin divisate, spre a evita oboseala mestecărei. Se poate da dimineața pe lângă lapte sau ceai slab căruia se poate adăuga frișcă, pesmeți (zwiebach) sau franzelă ușor prăjită, muiată în bulion sau în lapte, apoi în cursul zilei supe de legume, precum: supă de ovăz, de orez, de cartofi, toate preparate cu apă sau lapte şi zahăr şi adăugându-le puţin unt proaspăt, pureuri de mazere, linte, spanac, trecute prin sită, lapte cu grişi, geleuri. Apoi bulion cu ouă, sau cu extract de carne sau cu un adaus de un preparat de albumină animală sau vegetală, cum ar fi somatoza, nutroza, fortoza, sau preparate complexe precum hygiama, mondamin, etc.,

Friederich v. Müller a prescris chiar carne fin tocată şi foarte uşor prăjită cu pesmete, de vacă sau de pui şi creeri prăjiţi.

In clinica lui Noorden nu se dă carne de cât 5—6 zile după scăderea temperaturei. v. Müller însă n'a observat nici un accident din contră n'a avut de cât rezultate excelente.

In intervalul meselor principale se dă lapte cu cognac, cu cafea, cu cacao, după gustul bolnavului.

Alcoolul trebue să fie întrebuinţat asemenea în cursul febrei tifoide. Nu e numai un stimulant al sistemului nervos şi al cordului, dar chiar un aliment preţios şi in doze moderate 50—60 gr. pe zi un cruţător de proteine (împedecă arderea lor în măsura valorei sale isodinamice). Poate fi dat sub formă de vin de Bordeaux, vinuri de Tokai, Porto, Malaga, Xeres simple sau cu gălbenuşi de ouă, cognac etc.

După căderea temperaturei alimentarea aceasta se continuă încă 5—6 zile, apoi se începe cu carne fin tocată prăjită, revenindu-se treptat, la alimentarea mai consistentă, mai abundentă.

In caz de hemoragii, se revine la regimul exclusiv lichid, până după dispariţia lor, apoi încet, ne reîntoarcem la alimentarea de mai înainte.

Dăm aci modul de preparare al supelor vegetale atât de utile în febra tifoidă: 60 grame din mazere boabe si fasoale albă uscată fin pisate, cartofi şi orez şi 15 grame de morcovi se fierb timp de 4 ore aducându-se la volumul de 1 litru, se strecoară; se poate adăuga un preparat albuminos sau zahăr, sau ceva sare după gust.

Gauthier recomandă: morcovi 45 grame, cartofi 60 gr. ţelină 15 gr. fasole sau mazăre 5 gr. coji de pâine, se fierbe 3—4 ore se adaugă săre; sau grâu, porumb, orz, fasole, mazere, linte pisată câte o lingură din fie-care se fierbe 3 ore în 3 litri de apă până la 1 litru.

Acest regim alimentar nu împiedecă întru nimic întrebuinţarea băilor reci. Din observaţiile tuturor autorilor şi cum m'am putut convinge în mai bine de 2 ani în clinica lui Noorden, rezultă că nici-odată nu s'au observat hemoragii, perforaţiuni sau ori-ce alte complicaţiuni în evoluţia maladiei, ce puteau fi puse pe socoteala regimului alimentar. Aceste accidente (hemoragii, perforaţiuni, recidive) nu sunt mai dese la bolnavii hrăniţi ast-fel de cât la bolnavii nealimentaţi; de alt-fel cum am văzut, cercetarea deaproape a faptelor, arată că temerea e nejustificată.

Din contră, foloasele sunt imense, bolnavii nu pierd atât din greutate, se simt mai bine, evoluţia maladiei e mult mai favorabilă şi convalescenţa mai scurtă, recidivele şi complicaţiunile mai rare, bolnavii sunt mai resistenţi faţă de infecţiile secundare.

S'a zis cu drept cuvânt că, dacă băile reci au făcut să dispară mult din tabloul simptomatic al febrei tifoide ast-fel cum 'l găsim în tratatele mai vechi, alimentarea a schimbat şi mai mult în bine starea tificilor, evitând consumpţiunea bolnavilor prin inaniţie.

Foloasele dietei descrise sunt atât de mari în cât nu se poate recomanda îndestul, ca şi la noi, unde din nefericire febra tifoidă, este încă atât de frequentă, să se încerce alimentarea substanţială a tificilor, părăsindu-se regimul lactat exclusiv.

CRITICI ŞI CRONICI

Prof. Dr. LEON

Précis de Parasitologie

par le Dr. GUIART

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 1 volum in-8, de 628 pagine, cu 549 figuri negre şi colorate. Cartonată: 12 fr. (Librăria I. B. Baillier et fils, 19 rue Hautefeuille, à Paris)

Datorită activităţei, stăruinţei şi autorităţei lui *R. Blanchard* la Paris şi *Max Braun* la Königsberg, Parasitologia a devenit una din ramurile cele mai importante ale medicinei. Apariţiunea atâtor manuale de parasitologie şi creaţiunea *„Arhivelor de parasitologie“* (Archives de parasitologie, sous la direction de R. Blanchard Paris) care a ajuns acuma la al XIII volum, este o dovadă din cele mai sigure de progresele mari pe care le-a făcut această ştiinţă. Din an în an se ivesc chestiuni neprevăzute. Nu e mult timp de când se atribuiau helminţilor un rol cu totul secundar în etiologia diferitelor maladii, iar în anii din urmă s'a dovedit că unii din ei sunt agenţii provocători ai febrei tiphoide şi une-ori chiar a apendicitei. Helmenţii, înarmaţi cu un aparat bucal, perforează mucoasa intestinală până la contactul ei cu capilarele sanguine, deschizând un fel de poartă pe unde intră în sânge diferiţii microbi pathogeni, care trăesc în stare saprofitică în intestinul indivizilor sănătoşi. Anemiei pernicioase produsă de Bothriocefal, i se dădea de asemenea o explicaţie falşă atribuind'o faptului că parazitul utilizează sucul hrănitor din intestinul individului în care trăeşte. Parazitologia modernă a dovedit din contră că el secretează nişte toxine care intrate în torentul circulator distrug globulele roşii. Schauman şi Talquist au dovedit în mod experimental că dacă se injectează la câni infusiune filtrată, de fragmente de bothriocefal proaspăt, sufăr de anemie iar numărul globulelor roşii scade în mod îngrozitor.

Câte maladii sunt încă a căror etiologie este necunoscută? şi pe care cu siguranţă datorită parasitologiei le vom cunoaşte.

Recunoaşterea ezactă a parazitelor pentru un medic este de mare importanţă. Huber menţionează în „Münchener medizinische Wochenschrft“ o operaţiune periculoasă care a avut loc din cauza diagnosticului falş, nerecunoscându-se ouăle de Eustrongylus.

Autorul lucrărei de faţă, profesorul Guiart, datorită autorităţei pe care şi-a creat'o timp de doisprezece ani în învăţământul teoretic şi practic în facultăţile de medicină din Paris şi Lyon, a reuşit să prezinte, într'un mod clar şi concis, naţiunele relative la parasitologia umană.

In partea întâia autorul face istoricul patologiei şi diferite consideraţiuni generale asupra parasitismului, în partea a doua se ocupă de vegetalele părăsite; în partea a treia—de animalele părăsite, iar în partea a patra, de pseudo-parasite şi de animalele care constituesc fauna cadavrelor. La fiecare parasit, autorul studiază boala care o produce, apoi simptomatologia, anatomia patologică şi tratamentul.

In resumat „Precisul de parasitologie“ a d-lui Guiart nu lasă în umbră nici una din descoperirile mai recente. Lectura lui este cu atât mai atrăgătoare, cu cât execuţiunea tipografică nu lasă nimic de dorit.

Docent Dr. C. PARHON

Câte-va reflecțiuni

Relative la o pretinsă lucrare a d-lui Ștefănescu Zănoagă, intitulată Ticul și echivalentele atacului anxios.

Marele număr de publicațiuni ce apar zilnic pe terenul medicinei ca și pe alte terenuri ale activităței omenești, sunt condiționate de factori cu totul deosebiți.

Unele din ele — adevăratele lucrări științifice — sunt fructul dragostei de adevăr, a setei de a înțelege fenomenele naturei și de a cunoaște legile ce prezidă la producerea lor, a dorinței de a contribui cu ceva la această mare operă prin care omul pune — în limitele posibile — stăpânire pe natură, tocmai prin cunoașterea cât mai amănunțită a acestor legi.

Cei cari produc asemenea lucrări 'și sacrifică săptămâni, luni și adese-ori ani în laboratoare sau în spitale. Cercetarea științifică face parte din trama sufletului lor. Mulțumirea lor sufletească e legată de soarta cercetărilor lor. Ei sufăr decepțiunile cercetărilor nereușite, anxietatea îndoelei și une-ori satisfacția superioară a unei experiențe reușite, a găsirei unui adevăr nou, prevăzut câte o data de mai înainte și demonstrat grație unor cercetări amănunțite.

Alături de acestea apar adese ori lucrări condiționate de pilda de legea instrucțiunei. Și acestea pot însă să aibe o valoare reala când autorii lor depun o muncă conștiincioasă.

Mai sunt în fine lucrări al căror unic mobil e vanitatea și alte ori o stare psihologică de o ordine și mai inferioară: dorința de reclamă.

Caracteristica lucrărilor din aceste ultime categorii e ușurința cu care se produc, lipsa de control a celor înaintate și mai ales faptul ca ele nu aduc nimic nou.

D-l Ştefănescu Zănoagă care a făcut de curând o comunicare — a doua într'un deceniu de când facultatea i-a hărăzit titlul de medic — nu aparţine cu siguranţă autorilor din prima categorie.

Comunicarea în chestiune, prezintată la societatea ştiinţelor medicale, purta ca titlu „un caz de dispnee nervoasă la un debil“.

Am crezut cu aceea ocazie că e necesar în interesul unora din membrii societăţei şi a studenţilor prezenţi, cari nu erau poate destul de familiarizaţi cu studiul boalelor nervoase, să arăt că din observaţia adusă de numitul autor reese ca în acel caz era vorba în realitate de un *tic respiratoriu la un psihastenic* şi că termenul de dispnee nervoasă putându-se aplica la ori-ce turburare respiratorie produsă prin factori de ori-ce natură (mecanică, chimică etc.) cari ating sistemul nervos nu putea constitui un diagnostic, fiind lipsit de preciziunea necesară pentru a merita acest nume.

Cu aceiaşi ocaziune, d-l Zănoagă, căutând a-şi susţine diagnosticul său, de 2 ori eronat, a afirmat că Pierre Janet defineşte psihastenia „une faiblesse d'esprit“ că fobiile şi obsesiunile, (contrariu celor ce afirmasem eu în discuţie—conform ideilor curente şi observaţiunei minuţioase a faptelor), nu aparţin patologiei afectivităţei, că ticurile ţin tot-d'auna ziua întreagă şi alte perle de acelaş gen.

In şedinţa ulterioară, redeschizându-se discuţiunea asupra ticurilor şi psihasteniei, am arătat, aducând documentaţia bibliografică necesară, lipsa de fondament a tuturor afirmaţiunilor D-sale, am citat o observaţiune a lui Janet pe care acesta o considera ca un tic şi care avea multă asemănare cu aceea a d-lui Zănoagă, am citat în fine textual definiţia psihasteniei date de Janet, care n'are nimic a face cu „faiblesse d'esprit“ pe care d-l Ştefănescu 'i-o atribuia cu o temeritate al cărui isvor psihologic mi se pare că ar fi indiscret să-l caut.

In faţa documentelor aduse de mine şi cari nu puteau suferi nici o discuţiune d-l Ştefănescu n'a putut raspunde absolut nimic mulţumindu-se numai (cu graţiozitatea şi preciziunea informaţiunilor ce 'i sânt caracteristice) să conteste lui Janet titlul de doctor în medicină şi să 'mi adreseze mai multe epitete cari mi'au readus aminte de vorbele lui Buffon, le style c'est l'homme.

Dar, neputând răspunde nimic în discuţiunea societăţei, D-sa a crezut totuşi a fi găsit mijlocul de a scăpa din încurcătură.

Intr'o broșură de 26 pagini publicată pe contul său propriu — de sigur pentru că nu s'ar fi găsit o revistă medicală care să o primească în coloanele sale — 'mi adresează o ploaie de insulte și calomnii, având în acelaș timp aerul de a crede că mă combate pe terenul științific.

Intr'o polemică științifică, prima datorie a celui care scrie e de a cita exact, cuvânt cu cuvânt, afirmațiunile ce voește să combată.

Nimic de acest fel nu se pomenește în broșura d-lui Zănoagă. D-sa se mulțumește să pună pe contul meu ceea-ce 'i convine să crează, că am zis, că ași putea zice, sau că aș putea gândi.

In aceste condițiuni e ușor de înțeles că nu voi sta de vorbă cu d-l Zănoagă.

Cum însă D-sa a crezut cu cale să trimită acea broșură la toți confrații și să o împrăștie printre studenții în medicină., etc, cum D-sa are pretențiunea de a se număra printre neurologiști, am crezut de datoria mea și în interesul purităței atmosferei medicale a proecta puțină lumină asupra psihologiei acestui domn.

Nu mă voi ocupa de loc de insultele și calomniile ce mi le servește d-l Zănoagă.

Studiul psihiatriei ne conferă oare-care immunitate din acest punct de vedere.

Voi pune însă în evidență procedeele prin cari d-l Zănoagă înțelege a discuta și din cari se va vedea că *d-sa n'a învățat încă — și credem că e prea târziu a mai învăța de acum înainte — ce se numește onestitatea în discuțiunea științifică.*

Am arătat altădată (1) tot în această revistă cum acelaș Domn, și pentru trebuința cauzei, a făcut deosebiri arbitrarii și nejustificate de nimic între cuvinte sinonime, a citat pasagii dintr'un autor înlocuind prin câte-va puncte cuvinte cari făceau ca fraza să aibă un înțeles diametralmente opus celui pe care D-sa ar fi dorit să'l aibă, a plagiat textual un lung pasagiu din Henry de Varigny fără a menționa de fel numele acestui autor și fără a pune nicăeri semnele citației. Intre pasagiul original și cel copiat de D-l Zănoagă nu există de cât deosebiri minime, ca introducerea unui cuvânt despre care Varigny n'a avut inspirația să prevadă că D-l Zănoagă va avea nevoie, și o greșală de traducere (charge tradus cu descărcare).

---

(1). Revista Științelor medicale. No. 6, 1905.

După o trecere de 5 ani d-l Zănoagă a rămas la aceleaşi procedee.

In broşura de care am pomenit, şi având aerul a se referi la o observaţie a lui Janet pe care am citat'o la societate în sprijinul diagnosticului ce am făcut eu în cazul mai sus menţionat, d-sa reproduce *altă observaţie şi din altă parte, nu pe cea citată de mine,* (aceasta din urmă se găseşte în Les Nevroses, 1909, pag. 210).

In aceiaşi broşură ni se spune (fără nici o garanţie de autenticitate, dar de sigur pentru trebuinţa cauzei) că bolnavul avea turburările de respiraţie şi în timpul somnului, lucru de care n'a fost vorba de fel nici în prima nici în adoua şedinţă dela societate.

Tot acolo găsim insunarea că Prof. Regis cunoaşte observaţia cazului d-lui Zanoagă şi nu zice că e vorba de un tic. In realitate, din scrisoarea ce'i adresează psihiatrul francez ca răspuns unei întrebări a d-lui Ştefăescu nu reese de fel acest lucru.

„Vous voulez bien me demander, zice Regis, mon avis sur la légitimité du mot debile" appliqué à un obsédé phobique dans un diagnostic ainsi formulé „Un caz de dypnée nerveuse chez un debile".

Reese pur şi simplu că d-l Zănoagă a pus lui Regis întrebarea dacă cuvântul debil e legitim aplicat la un obsedat fobic cu dyspnee nervoasă.

Mai departe Regis face d-lui Zănoagă o mică lecţie asupra cuvântului debil, indicându-i că trebue să facă deosebirea între debil de corp şi debil de spirit şi îi mai adaugă textual „il est facile de comprendre que ce mot ne saurait être appliqué indistinctement à tous les phobiques (o altă lecţie dată d-lui Zănoagă) Certes il est des phobiques, des osbédés quisont débils d'esprit. Mais il est par contre beaucoup et à mon avis c'est le plus grand nombre, qui ne sont par le moins du monde des débils d'esprit tout au contraire" etc. Nicăeri însă nu afirmă că termenul debil era bine aplicat în cazul d-lui Zănoagă.

Dar acesta în loc să se mulţumească cu lecţia ce 'i o face Regis inventă acum că, tocmai pentru că obesiunile la debili sunt rare, a prezentat cazul la societate — lucru de care iarăşi n'a fost vorba de fel atunci şi uită şi de astă-dată că nu e suficient ca să fie posibil existenţa fobiilor la debili pentru ca diagnosticul său să fi fost justificat, ci trebue pentru aceasta să arate că în cazul său existau simptome de debilitate mentală, lucru ce nu'l a făcut nici la societate nici în broşură (Dar 'l va face probabil de acum înainte căci e uşor de transcris din orice tratat simptomele debilităţei mentale.

Ar fi interesant de adaugat că d-l Zănoagă citează un număr însemnat de autori nu doar că aceştia ar fi în cauză ci ca să arate lumei cât de multe ştie, că de asemenea citează sinonimele anxietăţii în toate limbile ce le cunoaşte.

Toate aceste mici amănunte nu sunt lipsite de importanţă când e vorba de a studia psihologia cuiva.

Dar nu vreau să lungesc vorba prea mult. Nu vreau nici să analisez aci cunoştiinţele d-lui Zănoagă.

Totuşi nu pot trece cu vederea un exemplu care ne oglindeşte logica D-sale.

Aşa la pag. 8 găsim „Atrag din nou atenţia asupra *deosebirei enorme* între voinţă şi emotivitate“ iar la pag. 7 acelaş autor scrie: *Excesul de voinţă*, cum am avut ocazia să arăt în comunicarea ce am făcut Soc. Ştiinţelor medicale, asupra unui caz de torticolis mental, *se manifestă prin dorinţe brusce şi capriţii imperioase*“.

Deci, dorinţele brusce sânt manifestarea unui exces de voinţă *de şi* există o deosebire enormă între voinţa şi emotivitate.

Un ultim exemplu ar putea să ne dea oare-cari indicaţiuni relative la alte calităţi psihice ale autorului.

Intr'o notă ce termină broşura D-sale, reproduce observaţiunea ce am citat'o la societate în sprijinul opiniunei mele emisă în şedinţa anterioară, că turburările respiratorii ale bolnavului său erau un tic.

Bine înţeles nu menţionează că aceasta e observaţia de care m'am servit eu. Dar adaugă că Janet eticheteaza acest caz polipnee isterică. Or cazul acesta seamănă cu cel de care vorbeşte D-sa la începutul broşurei şi pe care pare sau voeşte a crede că l-am citat eu la societate.

Deci Janet mi-ar da o dezminţire. Mai mult, însinuează că Janet însuşi pare a-şi fi schimbat părerile de altă dată relativ la interpretarea cazurilor de acest fel.

Or, cu trei pagini mai departe, Janet scrie textual următoarele: „A côté de ces agitations de la respiration *dont la polypnée est le type*, et qui determinent *tous ces tics* divers“ etc., cuvinte pe cari de alt-fel le-am citat şi la societate.

Din cele ce preced, se va înţelege de ce nu pot discuta ştiinţificeşte cu d-l Zănoagă.

Consideraţiunile precedente erau însă necesarii pentru ca cei cari vor găsi cu cale să-i acorde atenţiunea şi încrederea, să o facă cel puţin în cunoştiinţă de cauză.

Dr TATUȘESCU

Maladies du Coeur Artériosclerose

par H. HUCHARD, 1910

Un volum de peste 600 pagini cu următoarele capitole importante: palpitations, dyspepsies et pseudo-angine de poitrine, prognostic de queques symptomes cardiaques, epilepsie et histérie cardiaque, fausses maladies du coeur, estomac et coeur, coeur physique et coeur moral, synergies morbides du pneumogastrique, coeur alcooliqne, coeur uricémique; coeur, stations hydro-minérales et climat; arithmies cardiaques; maladie de Stokes-Adams; tendons aberants du coeur; tachycardie paroxystique; goitre exophtalmique; rétrécisement mitral congénital; rétrécissement mitral; oreillettes, poumon et stenose mitrale, cachexie cardiaque et trombose veineuse; cerveau cardiaque; syphilis gommeuse du coeur; trois hypertensions; artério-sclérose; aortite syphilitique; névralgies anevrysmales; épanchements pleuraux, épanchements abdominaux des anevrysmes; anevrysme de l'aorte et pneumonie chronique; pseudo-myocardites; symptomes pseudo-pleurétiques et pseudo-aortiques de la péricardite isprăvește cu capitolul interesant al erorilor clinice și terapeutice.

Nimic de cât titlurile acestor capitole arată că tratatul d-lui Huchard, e plin de învățăminte clinice, și e o adevărată comemorare a tuturor cazurilor interesante pe cari le-a întâlnit în lunga-i carieră de spital și în cea de clientelă. In unele din aceste capitole motivul clinic e mic și poate chiar de o importanță ștearsă, dar e numai cât prilejul unei largi discuțiuni terapeutice. De altminteri chestiunile terapeutice sunt reluate și discutate cu competința maestrului atât de cunoscut în materie de inimă, artere și vene, aproape la fie-care capitol.

Pentru practicianul de toate zilele, ca şi pentru aceia cari prin obligaţiunile lor oficiale, sunt nevoiţi să se ocupe nu numai de partea practică dar şi de toată partea interpretativă a acestei ştiinţe, vor găsi în cartea maestrului Huchard un tesaur de fapte clinice, de asociaţii morbide referitoare la aparatul circulator, cât şi de interpretări, concepţii şi precepte originale de mare folos, cari adese ori sunt în contrazicere cu ceea-ce poartă eticheta clasicismului. Din numeroasele-i publicaţiuni anterioare suntem de alt-fel deja deprinşi să-i apreciăm nota originală şi curajul pe care îl pune în lupta îndârjită ce duce în contra noţiunilor falşe întronate în ştiinţă. Această luptă reprezintă o activitate de mai bine de 40 de ani, pentru că după cum zice dânsul la capitolul: erreurs cliniques et thérapeutiques „Il faut parfois plus de temps pour détruire une erreur que pour édifier des vérités."

Premiul ARISTIDE CH. SERFIOTI

Consiliul Facultăţei de Medicină din Bucureşti, în şedinţa de la 11 Februarie curent, a stabilit următoarea chestiune pentru premiul Dr. Aristide Ch. Serfioti din Galaţi, în sumă de 4000 lei, care se va decerne în anul 1912: **Etiologia şi distribuţiunea parotifosului în România.**

FAPTE CLINICE

Dr. MARTA TRANCU-RAINER

Un caz de micromastie tratat prin metoda lui Bier

Bazată pe faptul arătat de Bier că *hiperemia necesară creşterii şi regenerării ţesuturilor este hiperemia venoasă* (1), am crezut raţional să aplic ventuza într'un caz de micromastie unilaterală observată la o virgină în vârstă de 22 de ani.

Din antecedente aflu că menstruiele au apărut la 15 ani şi au continuat în mod normal.

Tânăra fată care face subiectul observaţiunei de faţă, are pe lângă micromastie dreaptă şi o oprire în dezvoltare a hemitoracelui drept (distanţa care desparte linia medio-sternală, de linia care uneşte apofizele spinoase este de 39 c. m. la dreapta şi de 40 c. m. ½ la stânga). Fratele gemen prezintă acelaş lucru.

Iată starea pacientei la inceputul tratamentului.

Mamela dreaptă are mărimea unei nuci. Mamela stângă are un diametru tranversal de 13 c. m. Mamelonul drept mai puţin desvoltat decât cel stâng, însă destul în comparaţie cu mărimea glandei. Areola dreaptă are un diametru transversal de 2 c. m. cea stângă de 4 c. m.

Am aplicat ventuza mai întâi modelul mic, apoi treptat până ce am ajuns la modelul mare, în timp de 22 de şedinţe. Fie-care şedinţă era de aproape 15 minute, la interval de 2 şi 3 zile. Făceam staza câte trei minute şi apoi repaus un minut. De pe la a 10-a şedinţă, mamela a început să se desvolte. După 22 de şedinţe, avea un diametru transversal de 9 c. m.

---

(1) Vezi. Metoda lui Bier în Gynecologie. „Revista Ştiinţelor Medicale. Iulie, August 1906.

Ventuza a fost aplicată în cursul lunei Octombrie și Noembrie. Examinată în Februarie, dezvoltarea a rămas așa cum fusese la sfârșitul tratamentului.

Am crezut că e bine să opresc ședințele de aplicarea ventuzei pentru a vedea mersul ulterior.

Dacă ne întrebăm acum, care este elementul care a proliferat în urma terapeuticei aplicate, trebue să răspundem fără îndoială că țesutul conjunctiv, căci el predomină în glanda mamară virginală. Țesătura epitelială este redusă la câți-va lobi rudimentari cu caracter fetal.

La glanda mamară nu se poate exclude a priori, un oare-care efect hipertrofiant produs asupra acestei țeseturi de hiperemia venoasă obținută prin aspirație.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Medic colonel Dr. MIHAIL CĂLINESCU și Medic Ajutor Dr. V. GOMOIU

SCURTĂ RECAPITULARE
A
ACȚIUNII CHIRURGICALE PE CAMPURILE DE LUPTA

EXPUNERE, TRADUCERE ȘI COMPLECTARE

Războiul — adică intervenirea argumentelor de forță, între două sau mai multe state — cere pregătiri mari, scumpe, și în direcțiunile cele mai opuse. Ast-fel, pe deoparte statele cheltuesc pentru procurare de arme distrugătoare din ce în ce mai perfecționate și pentru formarea unui personal care să le mânuiască cu cel mai mare folos, iar pe de altă parte, sunt datoare a se ocupa și cu mijloacele de ușurare și vindecare a suferințelor produse luptătorilor lor, prin armele adversarilor.

Războaele tind în adevăr a se rări în timpurile moderne, pentru că rațiunea caută a înlocui forța; totuși, insuccese ca acele ale încercărei de la Haga, exemplele (răsboaele) destul de recente, și mai ales pregătirile continuu progresive ale armatelor și armamentelor, ne arată că războae sunt și se vor produce încă, și că vechea maximă a lui Cesar, cel puțin pentru un moment, trebue respectată.

Aşa fiind lucrurile, una din chestiunile care nu numai că nu trebue neglijată, dar care trebue să preocupe în mod special pe organizatorii armatelor moderne, este *prepararea corpului sanitar adhoc*.

Pentru ca un serviciu sanitar militar să fie la înălţimea sarcinei dificile care-i este impusă, ziceau eminenţii Chauvel şi Nimier, şi pentru ca să-şi poată asuma greaua responsabilitate care-i incumbă, în timp de pace, dar mai ales în timp de răsboi, trebue ca:

1. Personalul medical, farmaceutic şi administrativ, suficient ca număr, *să posedă cunoştinţele ştiinţifice necesare* şi să fie familiarizat cu execuţia serviciului technic;

2. Materialul pus la dispoziţiunea sa, să răspundă, ca cantitate şi calitate, cerinţelor indicate de progresele ştiinţei;

3. O organizaţiune corectă să asigure prezenţa personalului şi materialului în locurile voite, punând fie-care lucru în locul unde trebue şi fie-care om în locul unde se cuvine.

Dar, lăsând la o parte ultimele două puncte şi ocupându-ne aci numai de cel dintâi—punctul capital, trebue să recunoaştem de la început că: dacă chiar pentru serviciul din timp de pace, medicul militar trebue să poseadă câte-va cunoştinţe speciale, apoi, cu atât mai necesară este prepararea întregului corp sanitar militar în vederea unei acţiuni desfăşurate pe câmpul de luptă, unde condiţiunile în care se găseşte şi mijloacele de care dispune sunt absolut altele de cât acele obişnuite.

Experienţele războaelor petrecute, ne-au arătat dificultăţile enorme ce se întâmpină în ajutorarea răniţilor produşi în timpul luptelor mari, decisive. Pe de altă parte, aceleaşi războae, cel Ruso-Japonez în special au dovedit serviciile enorme pe cari le poate aduce o bună organizaţiune sanitară (a cărei perfecţie nu s'a ajuns nicăeri); —alături de economia materialului, a timpului şi a personalului, ea este menită să economisească mai ales pe luptători, căci, în afară că va putea salva viaţa multora, dar, printr'un pansament imediat şi curat (bine înţeles în leziunile uşoare), îndepărtând pericolul infecţiei şi al emoragiei, va putea fără grijă să retrimeată pe luptător în rânduri sau să-l utilizeze în alt scop.

Ori, nu vom fi rău judecaţi dacă ne permitem să afirmăm că una din cauzele — destul de principale — care îngreunează executarea serviciului medical pe câmpul de luptă, este şi aceea că: în timp de războiu, vor trebui să ia parte la acest ajutor cei mai mulţi medici din rezervă, cari, ori-cât de capabili ar fi în cercul lor social, vor fi puţin familiarizaţi cu exercitarea misiunei lor, în condiţiunile schimbate şi schimbătoare ale unui câmp de luptă; motivul este acela că, chirurgia civilă şi cea de războiu au, pe lângă partea lor comună, o mulţime de puncte de diferenţiare atât în privinţa cantităţii cât şi a felului pansamentelor întrebuinţate, a modului lor de executare, cum şi a indicaţiunilor operatoare şi terapeutice, faţă de timp, loc şi mijloace.

De alt-fel, aceasta nu este numai o afirmaţiune a noastră, ci este lucru bine ştiut astă-zi că Higiena militară, Medicina militară, Medicina navală, Chirurgia navală şi în special Chirurgia de războiu (Kriegschirurgie, chirurgie de guerre) constitue o adevărată specialitate.

„Le chirurgien militaire, zicea celebrul Leon Le Fort, habitué aux choses de l'armée et de la guerre, était le véritable médecin du champ de bataille, qui lui appartenait, du droit de son expérience spéciale, en raison de l'organisation des premiers secours et de soins à donner pendant le combat".

Dacă în opoziţiune cu deosebirile semnalate aci, ne-am închipui că fie-care dintre medicii chemaţi ar căuta să transplanteze pe câmpul de luptă deprinderile sale chirurgicale personale, credem că ar rezulta inconveniente serioase, ce ar avea ca urmare: întârzierea executărei serviciului, risipă de material, şi de sigur, chiar diferende de vederi în privinţa modului de îngrijire a unei răniri oare-care, pe când, cum zice acelaşi Le Fort: „A l'armée, plus que partout ailleurs, il faut, pour arriver à un résultat, *l'unité dans la direction*, le respect du commandement, un chef qui ordonne et des subordonnés qui obéissent".

In ce priveşte însă personalul, de alt-fel chiar cel din activitate, la noi, nu are ocaziune de-a şti prin proprie experienţă ce cerinţe va avea de satisfăcut într'un războiu, întru cât fiecare vine cu deprinderile sale chirurgicale, mai mult sau mai puţin încercate în timp de pace; deci, va putea rezulta o lipsă de unitate în privinţa ajutorului de dat, dacă nu şi alte inconveniente.

Faptul este însă uşor explicabil căci, deşi există o mulţime de lucrări speciale, ca acele ale lui Neudörfer, Richter, Delorme, Legouest, Le Fort, Audet, Chauvel et Nimier Delorme et Gautier, Rochard et Baudet, Morache, Laveran, Toubert, Benech, Ferrier, Billet, Myrdacz, Nimier et Laval, Gils, Bonnette, Forgue, Brunner, Esmarch v. Kowalzig, Ficher, Kimmle, Düms, Koehler, Seydel, etc., etc., dar la noi, nu avem nici o şcoală specială şi asemenea cursuri nu se predau nicăeri.

Această stare de lucruri fireşte că nu este câtuşi de puţin laudabilă, căci chirurgia de războì şi medicina militară în genere, are în alte părţi o mare însemnătate şi comportă un studiu foarte desvoltat; numai cine ar lua osteneala să citească şi să compare diferitele dări de seamă ale războaelor petrecute, printre cari în special aceea a lui Matignon, care a fost premiată şi de guvernul nostru cu ord. Coroana României; — acela care ar răsfoi dările de seamă ale congreselor internaţionale (medicină militară) din Londra, Copenhaga, etc., ori reviste ca „Deutsche Militärärztliche Zeitschrift“ sau „Iahresbericht über d. Leistungen u. Fort schritte a. d. Gebiete d. Militär-Sanitätswesens,“ „Kriegstechnische Zeitschrift“, etc., numai acela, zicem, s'ar convinge în deajuns de progresele realizate în această direcţiune.

Noi înşine, convinşi de importanţa şi de necesitatea faptului, dar în imposibilitate de a procura în româneşte un asemenea manual, în dorinţa de a suplini o atare lipsă sau cel puţin de a atrage mai mult atenţiunea asupra ei, am decis publicarea tabelelor recapitulative ce urmează.

In aceste tabele nu este vorba nici măcar de o compilare, care să rezume ultimele cercetări în chirurgia de războì, ci ele reprezintă traducerea cât mai fidelă a unei lucrări — nu cea mai bună, dar — mică, cât încape în corpul revistei (Revista Ştiinţelor medicale), care a avut buna voinţă să ne-o primească, şi afară de aceasta, lucrarea tradusă este manualul *oficial* al unei armate cu buna reputaţie.

In aceste câte-va rânduri, noi am căutat să punem în evidenţa mai ales nota caracteristică a chirurgiei de răsboi, pe care o cerea Percy împăratului Napoleon, zicând: „C'est donc une chirurgie tout militaire qu'il faut avoir en avant . . . mais cette chirurgie de bataille doit être tellement composée qu'elle se suffise à elle-même en tout et partout„. Principiul dominant aci, menit să aducă reale foloase, este, pe lângă cele arătate:—Autonomia serviciului sanitar militar, (votată de naţiunea franceză încă din 1889), şi *unitatea cât mai mare de acţiune.*

Somităţile chirurgiei, cum de ex. von Bergmann şi alţii, cari au practicat şi chirurgia de războiu, au învederat căimbunatăţirea reală a tratamentului chirurgical de războiu, se datoreşte nu numai unei mai bune cunoştinţe a plăgilor de acest fel, dar şi unei concepţiuni mai unitare în tendinţele şi executarea măsurilor terapeutice (1).

In sprijinul afirmaţiunii sale, acelaş autor ne spune că numai cine a văzut modul de îngrijire al plăgilor prin armă de foc, în războaele din 1870 şi 1877, îşi poate face o idee de marea schimbare produsă prin unificarea tutulor îngrijirilor de dat.

Sondarea, dilatarea, incisiunile profunde — până la oasele ţăndărite, amputaţiunea şi resecţiunea primitivă, erau pe atunci considerate ca achiziţiuni strălucite, dar astă-zi, ele pot fi excluse sau întârziate, netrebuind făcute de cât în cazuri de membre zdrobite, cu fracturi comunitive, ce ar împedica transportul. In spitalele franceze de la Raon-l'Etappe, aproape orcare plagă prin armă de foc se trata cu cataplazme iar în multe din cele germane se preconiza irigaţiunea permanentă; spălarea sau injectarea canalelor de împuşcătură cu cele mai variate mijloace antiseptice, tratamentul deschis al plăgilor (după Buron), ca şi pansamentele oclusive, se întâlneau deseori alături.

Războiul ruso-turcesc, a avut cel puţin folosul că medicii armatei ruseşti au fost obligaţi, prin ordine, ca se acopere ori-ce plagă prin armă de foc cu bumbac Bruns — pe cât posibil muiat în alcool, iar în războiul ruso-japonez, era fixat (la japonezi) prin atare ordine, modul de acţiune al fie-căruia, în fie-ce împrejurare.

In ce priveşte materialul de unificare sau uniformizare, s'a realizat în toate armatele lumii civilizate, prin adoptarea *pachetului de pansament individual şi a pansamentelor întocmite gata* ca material sanitar de războiu, iar pentru timpul de pace, prin adoptarea bumbacului igroscopic în suluri, din care se taie cât trebue, şi introducerea mijloacelor de sterilizare la toate spitalele militare.

Prin concepţiunile noastre de azi în privinţa chirurgiei, practicarea ei trebue să se conformeze la anumite regule, dintre care, una din cele mai de căpetenie este *asepsia* şi *antisepsia* — termeni sau noţiuni cari nu se esclud, ci se complectează reciproc.

Adoptarea pachetului de pansament individual trebue aşa dar privită ca un început de uniformizare a îngrijirilor de dat, şi urmarea naturală este că: *plăgi cu caractere similare trebuesc tratate, de toţi, în acelaş mod.*

---

(1) Erste Hilfe auf dem Schlachtfelde und asepsis und antisepsis im Kriege; vierzehn Vorträge über aerztliche Kriegswissenschaft.

Aceiaşi concluziune reese şi din publicaţiunea austriacă, recentă, oficială (1), din care am tradus aceste *tabele sinoptice care rezumă întreaga chirurgie a câmpului de luptă*, şi pe care le supunem aprecierii confraţilor militari şi civili.

O bună parte din aceşti confraţi, nefiind familiarizaţi cu denumirile medico-militare, este trebuinţă a şti că la noi (ca şi în alte armate) în timp de răsboiu *toţi* — ofiţeri şi trupă — *trebue să aibă asupra lor*, cusut în căptuşala tunicei (adică la un loc mai ferit), *un pachet de pansament individual* (aseptisat sau antiseptisat), pentru cazul când ar fi răniţi.

Afară de acest ajutor, în aparenţă de mică importanţă, *serviciul sanitar al fie-cărui corp de trupă* (cu începere de la batalionul independent) *are*, în gentele sanitarilor şi cantinele ambulanţelor lor, *materialul trebuincios spre a constitui* la un k. m. înapoia liniei focurilor, la adăpost de gloanţele inimice: *posturile de prim-ajutor*(1) unde vin sau se aduc răniţii corpului şi se examinează, li se aplică primul pansament sau bandagiu de fractură, li se leagă vasele sângerânde, dacă este cazul sau dacă este posibilitate, şi acolo se clasează în transportabili şi netransportabili, sau de căutat la corpul respectiv.

La comandamentele de Divizie există câte o întocmire numită *ambulanţa divizionară* care, cu personalul şi mijloacele ei, complectează serviciul regimentar, prin transportul d'acolo în spre dânsa a răniţilor, şi practicarea eventuală a operaţiunilor chirurgicale *urgente, indispensabile*.

In fine, ca complectare a ajutorului medical al zonei de luptă, există întocmirile numite Spitale mobile sau de campanie, care întrunesc aproape toate condiţiunile adevăratelor spitale şi unde tratamentul se apropie de condiţiunile timpului de pace.

Tabelele ce urmează, reprezintă schema activităţii chirurgicale primare, la locurile de pansament (întocmite cu personalul şi mijloacele ambulanţei divizionare) şi în spitalele mobile de campanie; indică pansamentul sau intervenirea operatoare de făcut,—dacă cazul trebue transportat mai departe,—evacuat sau nu, precum şi câte-va observaţiuni cu caracter mai special.

---

(1) Anleitung für die Kriegschirurgische Tätigkeit auf dem Schlachtfelde. Wien, 1909.

(1) Pentru amănunte, a se vedea lucrarea primului; „Serviciul sanitar de răsboiu" (organizare şi funcţionare) din 1908, aprobată de Ministerul de războiu cu ord. No. 5106 din 21 Ianuarie 1909.

I. Răniri prin armă de foc ale părţilor moi.

Pansamentul şi actuala intervenire operatoare

La posturile de pansament:

1. Mici orificii de eşire şi intrare, trebuesc acoperite cu un pansament oclusiv. Spălarea, irigarea, sondarea, atingerea cu degetele, tamponarea plăgilor, depărtarea coagulelor sanguine sunt oprite. Pansamentele trebuesc bine fixate (cu feşi de tifon scrobit sau nu, iar la plăgi ale feţei, toracelui şi abdomenului, prin feşii de emplastru adesiv, aşezat în cruce).

2. Răniri întinse ale părţilor moi, plăgi murdărite datorite acţiunei explosive, etc., se debridează (lărgesc) şi anume:

a) Curăţirea radicală a vecinătăţei plăgii, care trebue coperită cu îngrijire înainte de contactul cu lichidul spălător;

b) Emostază exactă, curăţire mecanică a plăgei—prin depărtarea părţilor contuse, cu ajutorul cleştuţelor (pincete) şi foarfecilor, depărtarea de corpuri străine (ţăndări de lemn, pământ etc.), crearea de condiţiuni simple ale plăgilor.

c) Drenagiu;

d) Pansament oclusiv.

Observaţiuni. — Pansamentele aplicate în asemenea cazuri pe câmpul de luptă sau la posturile de ajutor, nu trebuesc schimbate de cât când nu stau bine, sau sunt imbibate de sânge. La plăgi murdărite,—injecţiuni profilactice de antitoxină, făcute la posturile de pansament, din cauza pericolului apariţiunei tetanusului.

Nota Tr. — In condiţiile în cari ne găsim, lipsind apa sterilizată, periile, etc., sterilizarea câmpului operator, prin tinctură de iod, va fi de un folos real, întru cât aceasta este o metodă destul de eficace şi în acelaşi timp foarte expeditivă.

In ceea-ce priveşte bandagiile, idealul ar fi, ca să avem pentru cele mai multe regiuni, bandage preparate gata (ex: bonete, suspensoare, praştii, etc.), a căror aplicare ar fi foarte expeditivă şi care s'ar menţine foarte bine.

Pentru o execuţie mai rapidă a serviciului, s'ar putea dispune ca medicul de prim ajutor să poarte asupra lui o serie de tichete oficiale, (cartoane mici), a căror coloare diferită va însemna: leziune uşoară, care nu necesită îngrijire imediată, ori —diagnostic nesigur, ori — leziune gravă, sau — transportabil, ori — netransportabil. Medicii de al II-lea ori III-lea post, vor putea ast-fel face uşor clasificaţia, şi vor da îngrijiri numai cui trebue, fără a pierde timpul cu controlul tutulor.

II. Emoragii primitive

La posturile de pansament:

1. E. arteriale: legătura la locul de necesitate, central şi periferic; legătura la locul de electiune, din cauza pericolului emora-

giei consecutive, după restabilirea circulaţunei colaterale, însă numai atunci când condiţiuni anatomice locale nu permit legătura la locul de necesitate, sau o fac foarte anevoioasă. Compresiunea, tamponada şi alte metoade de emostază, sunt contraindicate.

2. E. venoase: în cazuri de emoragii venoase violente, legătura dublă (ca la artere) este rareori necesară; mai adeseori este suficientă elevaţiunea membrului şi un pansament compresiv cu tifon aseptic.

3. E. ca resultat al rănirii simultanee a arterei şi venei, impun legătura arterei, iar vena—din cauza pericolului gangrenei—după posibilitate (plăgi longitudinale, oblice etc., se va coase sau lega lateral.

Transportul sau evacuarea.

Din cauza pericolului E. consecutive, asemeni răniţi, pe cât posibil, nu se transportă. Când aceasta nu se poate, se vor evacua în prima linie cazurile în care s'a făcut legătura vasului. Cazuri cu vase nelegate, nu trebuesc transportate decât sub control medical. Este indispensabilă imobilizarea exactă a membrelor, la ori-care transport.

Observaţiuni.—In cazuri de anemii acute, să se facă autotransfuziunea, la posturile de ajutor şi de pansament, iar în spitalele de campanie — ipodermocliză cu sol. fiziologică de clorur de sodiu, şi injecţiuni rectale. — Anevrizmele traumatice sunt adesea trecute cu vederea şi tratate ca simple plăgi ale părţilor moi, pentru că: *a)* emor. primitivă e mai adesea neînsemnată, *b)* pentru că un ematom difus nu e hotărâtor, *c)* pentru că pulsaţiunea şi vibraţiunea sub mână lipseşte adesea în cazuri recente, *d)* pentru că pulsul periferic poate să fie păstrat.

N. Tr. — Când este vorba de o emoragie în masă (rupturi întinse ale pielei, plăgi musculare, etc.), se va putea face şi va fi chiar necesară tamponarea, şi pansament compresiv.

In cazuri de lipsă de material, ori de timp şi ajutoare, şi în emoragii în masă, mai profunde dar abondente, se vor putea pune pense emostatice şi lăsa pe loc, acoperind totul cu pansament; se va semnala faptul în biletul bolnavului. Afară de cazurile în cari s'a pierdut mult sânge, după o emostază bună, aceşti bolnavi pot fi perfect transportaţi.

III. Anevrisme traumatice falşe. Plăgi prin armă de foc ale vaselor sanguine

La posturile de pansament şi în spitalele de campanie:

Intervenire operatoare în primele 24—48 ore, din cauza pericolului emoragiei secundare, a gangrenei—prin compresiunea colateralelor, datorită ematomului, şi din cauză de pericol al infecţiunii;

intervenirea operatoare, relativ uşoară în acest stadiu al formării anevrismului, constă în: 1) pătrunderea în canalul plăgii până asupra tumorii, 2) descoperirea, legătura dublă a arterei şi simplă a ramurilor secundare apropiate, 3) sutura venoasă în caz de rănire simultană a venei, însă nu neapărat, 4) sutura plăgii cu drenarea părţii ei inferioare.

Operaţiunea se face în caz de suficientă experienţă a medicului şi dacă există condiţiuni exterioare favorabile la posturile de pansament; alminteri, numai în spitalele de campanie, care însă trebuesc ajunse în primele 48 ore de la rănire.

Observaţiuni. — Ascultaţiunea dă mai totdauna lămuriri. Fenomele auscultatorii pot apare foarte curând după rănire, de aceia bănuiala în privinţa unei asemeni leziuni trebue controlaltă la postul de ajutor, spre a porni asemeni răniţi cât mai repede spre posturile de pansament. In cazuri de orificii mici de intrare şi eşire, emoragii oprite spontaneu şi unde răninirea vasculară nu e sigură, tratament expectativ; la mutilaţiuni şi rupturi intinse, şi unde amputaţiunea nu e practicabilă, cu toată eventuala oprire a emoragiei, trebuesc legate toate vasele mai importante.

N. Tr. In caz de emoragie vădită, intervenţia cât mai grăbită; în caz dubios, compresia tumorei sub pansament şi expedierea, sub priveghere, la spitalul de campanie, unde, după cazuri, chirurgul va especta sau va interveni.

IV. Răniri prin arme de foc ale nervilor

La posturile de pansament:

Tratamentul primitiv expectativ. Tratamentul rănirilor părţilor moi ce le complică,—după principiele expuse sub No. 1.

Transportul sau evacuarea.

Trebuesc evacuate la formaţiunile sanitare din urmă.

N. Tr. — In asemenea cazuri, se va căuta a se face transportul şi evacuarea, pentru ca, odată ajunşi la spitalele fixe, bolnavii să fie operaţi cât mai repede, spre a putea spera ceva de pe urma intervenţiei (sutura nervilor).

V. Răniri prin armă de foc ale oaselor extremităţilor

La posturile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. *Principiu:* tratament conservator până la limitele cele mai extreme.

2. *Plăgi* ce le complică, ale părţilor moi, se tratează la posturile de pansament, după regulele stabilite sub No. 1, extrăgânduse cu instrumente sterilizate numai eskilele libere şi vizibile.

3. O eventuală revizuire a plăgii, în cazuri de leziuni întinse ale părților moi, trebue lăsată în seama spitalelor de campanie; pe lângă aceasta,—depărtarea eskilelor libere (aderând numai de periost), în cazul când împedecă scurgerea; eskilele dislocate, se reduc la locul lor; vârfurile ascuțite, proeminente, se secționează, iar plaga se drenează.

4. După ocluziunea plăgii la posturile de pansament,—fixarea membrului, după felul și locul leziunii.

Principii relative la aplicarea unui bandagiu contentiv:

a) adaptarea exactă a fracturei și extensiune, eventual în narcoză cloroformică;

b) căptușire suficientă, mai ales la părțile cele mai expuse presiunii.

c) imobilizarea concomitentă a articulațiunilor d'asupra și dedesubtul fracturii;

d) bandagiul nu trebue să coprindă numai o porțiune a extremității, ci se înceapă totdauna de la periferia membrului;

e) degetele mânilor sau picioarelor, trebuesc lăsate afară din bandagiu, pentru control;

f) la aplicarea bandagiului, feșile nu trebuesc întinse, ca să nu curme membrul;

g) la bandage gipsate,—desenarea schematică a fracturei pe pansamentul încă umed, cu cerneală (locul orif. de intrare și eșire, direcțiunea canal. plăgii); la plăgi mai mari,—formarea unei ferestre în pansamentul încă umed, printr'o tăetură crucială, d'asupra tamponului de bumbac îngipsat.

5. Ablațiunea primitivă a membrului, la posturile de pansament (indicație devenită rară), este cerută în genere: *a)* pentru corectare, *b)* pentru complicarea fracturei prin strivire foarte întinsă a părților moi, *c)* pentru secțiunea vaselor și nervilor mari ai unui membru (pe lângă distrucțiune osoasă mai întinsă).

Plaga operatoare nu trebue cusută primitiv; în schimb, formare avută de lambouri (petece); pentru ablațiune, se procede economic. Shokul și anemia acută, contra-indică intervenirea operatoare.

Pacienții cu fracturi prin armă de foc ale oaselor lungi ale membrelor, se rețin pe cât posibil câtva timp în spitalele de campanie, căci transportul poate agrava prognosa. In privința amănuntelor, vezi fracturile prin armă de foc ale oaselor membrelor în parte.

N. Tr. — Principiul înscris la No. 1, are și el o restricțiune, fiind-că atunci când vom constata o fractură cominutivă a extremităței, cu zdrobirea părților moi, (ruperea vaselor și nervilor), nu mai avem ce să sperăm de la acel bolnav, și atunci amputația de la început, să impune. Aplicarea adliteram a principiului. în asemenea cazuri, ar îngreuna transportul, ar consuma pansamentul, ar necesita timp îndelungat, și ar ocupa personalul — fără a duce la alt rezultat de cât acel arătat.

Asemenea leziuni trebuesc tot-deauna supraveghiate.

Rachianestesia ne va fi în asemenea împrejurări de un folos enorm — fiind atât de expeditivă, simplă și ușoară de practicat, pe când cloroformisarea cere ajutoare și mai ales o supraveghere atentă a bolnavului, îngrijiri postcloroformice. Rachianestesia e mai ușor suportată, suprimă și ea durerea și ne procură relaxarea musculară necesară pentru buna aplicare a unui aparat. Mai mult încă, bolnavul poate fi transportat imediat după operație, sau în cazuri extreme, suprimându-i durerea, poate fi transportat în locul unde avem putința de a'l trata.

VI. Răniri prin armă de foc ale articulațiunilor

La posturile de pansament și în spitalele de campanie:

1. Principiu: tratament conservator până la limitele cele mai extreme.

2. Plăgi complicânde ale părților moi, se vor trata după aceleași principii ca plăgile simple ale părților moi.

3. La fracturi intinse, eskiloase, cu plagi mari, murdărite, ale părților moi, — *artrectomie primitivă, dar numai în spitalele de campanie.* Deschidere largă a articulațiunii — de ordinar printr'o inciziune tipică de resecțiune, crearea de condițiuni simple ale plăgilor, ablațiunea de părți moi distinse de eskile libere, corpuri străine, etc., netezirea extremităților osoase ascuțite, ablațiunea cu dalta a părților osoase (dacă împedecă scurgerea), drenagiul articulațiunii. *Resecțiunea primitivă tipică trebue în toate cazurile înlăturată.*

4. După ocluziunea plăgii *la locurile de pansament, fixarea articulațiunii* — ca și in cazul fracturei osului celui mai important care constitue articulațiunea.

5. Indicațiunea pentru *ablațiunea primitivă* a membrului — ca sub No. curent 4.

Din cauza necesității unui tratament consecutiv îngrijit, — evacuare cât de grabnic posibilă. Aceasta se poate face după întărirea pansamentului fixator. Rezerva relativă la articulațiunea coxo-femorală (vezi la No. curent 27).

Observațiuni. — Răniri articulare dubioase, se tratează primitiv, ca și când ar fi manifeste.

N. Tr. — In leziunile articulare deschise, se va drena, se va imobilisa articulaţia şi ce va transporta cât mai departe, examinându-se din când în când.

Reţinerea bolnavilor devine inutilă de oare-ce tratamentul lor cere timp indelungat, iar rezecţia tipică nu'şi are locul—faţă de condiţiunile în care ne găsim, şi când rezultatul va fi acelaşi în ambele cazuri.

VII. Răniri prin armă de foc ale craniului

La posturile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. Pentru diagnoză preciză şi reviziuire a plăgei, pansamentele trebuesc neapărat scoase la posturile de pansament.

2. Din cauza marelui pericol de infecţiune, nici cea mai mică plagă a capului nu trebue neglijeată. *Vecinătatea ori-cărei asemenea plăgi trebue desinfectată cu cea mai mare îngrijire* (radere, desinfectare, spălare cu eter). *Radarea* nu trebue lăsată în seama personalului ajutător, ci *încredinţată medicilor.*

3. Plăgi penetrante, cu canal şi orificiu de intrare şi eşire, plăgi cu glonţul oprit înăuntru, *nu trebuesc atinse operativ.* La posturile de pansament, se desinfectează vecinătatea, se aplică un pansament oclusiv, care trebue fixat prin făşi de organtin scrobit.

4. Intervenirea operatoare primară este indicată şi cerută în:

a) Fracturi eskiloase craniene—în prima linie desele împuşcături tangenţiale, pentru că sunt în legătură cu mare pericol de infecţiune. Intervenirea operatoare constă într'o debridare îngrijită, mai bine mai mult decât prea puţin, pentru că numai o intervenire radicală garantează rezultatul. O tăetură în părţile moi, va împreuna cele două orificii ale plăgii, sau va ocoli locul fracturei, în formă de arc de cerc. *Inciziunile cruciale trebuesc evitate.*

Defectele resultânde, se vor coperi în mod secundar. Aceste interveniri pot fi de regulă amânate până la sosirea răniţilor în spitalele de campanie, şi nu trebuesc intreprinse la posturile de pansament de cât în cazul când nu este probabilitate ca bolnavul să ajungă la spitalul de campanie în primele 24 ore.

b) Emoragii din artera meningee medie (fenomene de compresiune crescând mereu).

5. In toate rănirile craniane cu lipsă de cunoştinţă, trebue controlată starea de plenitudine a vesicei.

Pe cât posibil, se va evita transportul. In caz de motive imperioase de evacuare, transportul este permis pe tărgi, cu trenuri sanitare, sau în vase-spitale.

Observaţiuni. — Relativ la indicaţiunea intervenirilor primitive, trebue să deosebim împuşcături în canal, ordinare, de împuşcături tangentiale, pentru că primele trebuesc tratate espectativ iar secundele prin intervenire primară. Ca mijloc de deosebire, din punct de vedere practic, este raportul diametrului tranvers al orificielor de intrare şi eşire către puntea intermediară: dacă e mai lungă de cât diametrul celor 2 orificii, atunci tratament espectativ; dacă e mai scurtă, tratament operator.

N. Tr. — In special bolnavii în coma nu vor fi transportaţi; după puţin timp, aceştia, sau vor sucomba, sau îşi vor reveni şi atunci vor putea fi transportaţi.

VIII. Pansamentul şi actuala intervenire operatoare

Răniri prin arme de foc ale jumătăţei superioare a feţii

A. *La posturile de pansament:*

a) Tratarea plăgilor părţilor moi, după principiile generale; perderi întinse de părţi moi şi osoase, în cazuri de smulgere, reclamă tamponada cea mai îngrijită.

b) Oprirea unei emoragii eventuale din arterele superficiale, prin legătura la locul de necesitate; la emoragii arteriale puternice, din adâncime (maxilara internă, carotidă internă), unde ne lipseşte orientarea în privinţa vasului rânit, legătura carotidei esterne la locul de elecţiune, şi dacă ea nu opreşte emoragia, legătura şi a carotidei interne; în asemenea cazuri tamponada nu e admisibilă.

c) La emoragii puternice, durabile, în cavitatea bucală, respectiv la estravazări sanguine sub mucoasa faringelui şi a cavităţii gurei, cu început de turburări respiratoare, de îndată *tracheotomia*.

d) La fracturi prin armă de foc ale maxilarului superior, cu bolta palatină intactă, după aplicarea pansamentului,—tamponadă nasală uşoară; dacă există fractura bolţii palatine, în special a apofisei alveolare, atunci, pe lângă tamponada nasală, sevainterpune un dop de bumbac între dinţi şi funda maxillae.

e) La răniri ale scheletului nasal, cu emoragie puternică primitivă — tamponada cu tifon steril; dacă există dislocare, ea trebue înlăturată cu instrumente apropiate, iar fragmentele trebue repuse, şi fixate prin tampoane de tifon.

B. *In spitalele de campanie:*

a) Plăgi curate, în petece (lambouri) ale feţei, defecte ale buzelor, plăgi rupte ale urechilor, se coasă; în plăgi murdărite — *suturi de fixare*;

b) La dislocare mai mare a fragmentelor unei fracturi maxilare superioare — *sutură cu sârmă*, ferindu-se dinţii şi toate eskilele în legătură cu părţi moi;

c) La fracturi prin împuşcătură şi la împuşcături cu perderea de substanţă, spălături abundente cu soluţiuni desinfectante;

d) Ingrijire pentru hrănirea artificială (sonda stomacală).

Transportul sau evacuarea.

Din cauza trebuinţii de îngrijiri şi a tratamentului consecutiv, evacuare cât de curând la formaţiunile sanitare din urmă; trebuie avut grije ca în timpul acestui transport rănitul să fie hrănit artificial şi pansat (vase-spitale, trenuri sanitare). In caz de pericol de emoragie secundară, asemenea răniţi trebuesc pe cât posibil escluşi de la transport.

N. Tr. — Tocmai din cauza îngrijirilor multiple (spălături continuu, alimentare, etc.) pe care le reclamă aceste cazuri, ca şi cele enumerate în Tabela IX, ele trebuesc reţinute cât mai aproape, neputându-li-se da aceleaşi îngrijiri în timpul transportului.

IX. Răniri prin armă de foc ale jumătăţii inferioare a feţii

A. *La posturile de pansament:*

a) Tratarea plăgilor părţilor moi, după principiile generale.

b) Oprirea unei eventuale emoragii din artera linguală, maxilară externă, maxilara internă, respectiv din artera mandibulară.

c) La emoragii în cavitatea bucală şi la turburări respiratoare incipiente, din cauză de estravasări sanguine între gingie şi maxilar precum şi sub mucoasa gurei şi a limbei, — *tracheotomie.*

d) La dispnee prin căderea înapoi a limbei, din cauza dislocării bucăţii fracturate a maxilarului, sau din cauza distrugerii musculaturii linguale, se va trage limba înainte şi se va fixa de buca feţii.

e) La fracturi prin armă de foc ale maxilarului inferior, fixarea fragmentelor prin praştia bărbiei.

B. *In spitalele de campanie:*

a) La fractura maxilarului inferior, fixarea fragmentelor prin anse de sârmă pe dupa dinţi, dacă aceştia există şi dacă suportă bolnavii, altminteri — *sutura osoasă.*

b) La distrucţiuni întinse ale maxilarului inferior, resecţiune osoasă totală sau parţială (rareori trebuincioasă).

c) La fracturi prin înpuşcături şi perderi consecutive lor, spălături abundente cu soluţiuni desinfectante.

d) Grije pentru hrănire artificială (sonda stomacală).

X. **Răniri prin armă de foc ale laringelui şi tracheei**

1. Inlăturarea pericolului imediat pentru viaţă, din cauza emoragiei, apoi restabilirea şi păstrarea intrării libere a aerului.

2. O împedicare a respiraţiunii într'o rănire laringiană sau trachealǎ, produsă din ori-ce cauză, constitue *indicaţiunea necondiţională de tracheotomie*, care trebue făcută la locul unde asemenea răniţi ajung în mâinile medicilor. Această operaţiune trebue făcută şi la acei răniţi care ajung în mâinile medicilor, aproape asfixiaţi, sau în agonie, pentru că această intervenire poate fi salvatoare a vieţei chiar în asemenea cazuri.

3. Tracheotomia profilactică trebue făcută în cazurile unde lipsesc fenomene îngrijitoare momentane, dar unde natura leziunei anatomice sau simptomele fac să se aştepte apariţiunea unei turburări respiratorii mai mari, şi anume:

a) In turburări respiratoare incipiente, din ori-ce cauză, sau în turburări ale fonaţiunii;

b) La primele semne ale unui emfisem al ţesutului celular;

c) La fracturi cu eskile ale cartilagelor;

d) Când sunt corpuri străine (proiectile, indirecte) în interiorul sau în apropierea imediată a acestor formaţiuni, şi dacă ele nu se pot depărta într'un mod mai uşor;

e) La împuşcături tangenţiale ajungând până la mucoasă;

f) La pericol de emoragie secundară sau consecutivă;

g) In toate cazurile unde asemenea răniţi trebuesc transportaţi fără supraveghere medicală. Numai în cazurile în care lipsesc aceste condiţiuni, este exclusă tracheotomia profilactică; la acestea aparţin unele răniri prin gloanţe de răsboiu, care une-ori sunt în totul fără simptome.

Transportul sau evacuarea.

Răniţii de laringe şi trachee, după putinţă, să fie evacuaţi cât de îndată, numai sub supraveghere medicală.

(Va urma)

LUNA MEDICALĂ

Societăţi savante Streine

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

(Şedinţa din 2 Decembrie 1909)

LAPERSONNE et CANTONNET. — **Signe d'Agyll Robertson unilatéral avec existence, du même côté, d'un syndorme oculo-sympathique incomplet.** Semnul lui Argyll a apărut în urma unei infecţiuni însoţită de febră. Sifilisul nu pare al putea fi invocat în acest caz în lipsa antecedentelor şi faţă de rezultatul negativ a reacţiei lui Wassermann. Sindromul oculo-simpatic pare independent de semnul lui Argyll şi în raport cu compresiunea simpaticului cervical de un pachet ganglionar.

BALLET et KAHN. — **Némispasme athétosique à physionomie de contracture hémiplegiques.** Contracturi cu timpul hemplegic la un bolnav ce suferise un traumatism al capului. Contracturile nu erau totuşi continue căci încetau în timpul somnului sau sub influenţa oboselei musculare. In plus bolnavul prezenta mişcări atetozice tipice a-le degetelor şi mânei. Nu pare să fi avut în nici un moment o adevărată hemplegie.

BABINSKI et MARTEL. — **Trépanation pour tumeur cerebrale. Ablation de la tumeur, grande amélioration.** Trepanatia a adus în acest caz dispariţia complectă a durerilor de cap precum şi a vărsăturilor.

In discuţia cazului Bonnier insistă asupra faptului că bolnavul acesta prezenta 3 sarcoane toate de partea dreaptă ceea-ce s'ar explica prin influenţa sistemului nervos ce ar lucra prin intermediul unor centrii prezidând la apărarea organismului *(ceutrii diafilactici)*.

RAYMOND, H. FRANÇAIS et PIERRE MERLE. — **Deux cas de pseudotumeurs cérébrales.** Unele varietăţi de hidrocefalie, sifilisul cerebral, meningita seroasă, tromboza sinusurilor, unele ramolismente acute cu ipertensiune şi stază papilară pot simula tabioul tumorilor cerebrale. Autorii aduc 2 cazuri de acest fel în cari retrocesiunea simptomelor a arătat că nu era vorba de o tumoră cerebrală.

Bonnier citează un caz în care o mare parte din simptomele ipertensiunei au dispărut prin cauterizarea unei regiuni a cornetelor inferioare. Prin acest mecanism s'ar influenţa centrii bulbari (pe cale reflexă).

SEZARY-CHENET et JUMENTIÉ. — **Paralysie radiculaire inferieure du plexus brahial *par* hypérélevation simple.** — Paralizia a urmat ridicărei exagerate a braţului fără o elongaţiune violentă. Bolnavul ţinea cu mâna un cufăr pe care voia să-l pună pe umăr iar ajutorul său ridicând greutatea mai mult de cât trebuia membrul bolnavului a încercat o iperestenzie. Deci o hiperelevaţiune fără traumatism violent şi de foarte scurtă durată poate ajunge pentru producerea unor leziuni profunde ale rădăcinilor.

SEZARY, CHENET et JUMENTIÉ. — **Myopathie de type jureuile d'Erb ayant debuté à 60 ans.** Cazul e interesant prin debutul său tardiv şi prin localizarea miopatiei ca în tipul juvenil, al lui Erb. Cazul vine — după cum remarcă autorii în sprijinul teoriei uniciste a miopatiei.

PIERRE MERLE. — **Syndrome thalamique et troubles audifs.** Hemiplegie uşoară cu turburări de sensibilitate predominând la extremităţi. Desorientare. Hemianopsie. Există în acelaş timp însemnătate turburări ale auzului predominând de partea paraliziei.

V. NERO. — **Sur un nouveau signe d'hémiplegie organique.** Când bolnavul stând în picioare cu gambele depărtate şi braţele încrucişate pe piept încearcă a flexa trunchiul pe basin observăm că în momentul când trunchiul a ajuns aproape de linia orizontală, se produce un anumit grad de flexiune a gambei de partea bolnavă.

Tot aşa încercând a ridica membrul inferior intins ca pentru căutarea semnului lui Lasêgue se constată că de partea sănătoasă se poate ridica membrul până la aproape 70—75° pe când de cea paralizată, gamba se îndoaie între 40—50°.

SOUQUES. — **Pathogénie de la nevrite optique dans les tumeurs cérébrales.** In cazul său autorul nu crede a putea invoca o intoxicaţiune sămânând ca factor patogen ipetensiunea lichidului cefalo-rachidian.

ALQUIER. — **Autopsie d'une mal de Pott ancien avec gibbosité et paraplegie guérie.** Se constată o compresiune uşoară a feţei anterioare a măduvei prin leziunile osoase, ceea-ce n'a împiedecat vindecarea turburărilor nervoase.

C. PARHON

SOCIETATEA DE PSIHIATRIE DIN PARIS

Şedinţa din 18 Noembrie 1909

SÉGLAS et COLLIN. — **A propos du diagnostic de la demance précoce et de la folie maniaque-depressive.** Autorii prezintă o bolnavă având unele simptome ce se întâlnesc în demenţa precoce (catatonie) iar altele aparţinând psihozei maniaco-depresive în special perodicitatea şi dispariţia completă a turburărilor în intervalul acceselor. Autorii înclină asupra ultimului diagnostic şi aduc fapte ce arată dificultatea diagnosticului. Chiar la clinica lui Kraepelin adese ori aceste 2 psihoze au fost diagnosticate una în locul celei-l'alte.

In discuţie Seglas, Dupré, Chaslin insistă asupra faptului că stările catatonice se pot găsi în psihoze diferite ca paralizia generală, demenţa senilă, de şi sunt frequente mai cu seamă în demenţa precoce.

DUPOUY et LÉRI. — **Sur un cas de paralysie générale juvenile avec autopsyie. Paralzie générale juvenile familiale (Hérédo syphilis probable). Polynucleose méningée temporaire.** Polinucleoza era în raport foarte probabil cu o Polyinfecţiune recentă. Limfocitoza inracnoidiană fusese constatată mai înainte prin puncţiunea lombară.

Un frate al bolnavului a suferit de asemenea de paralizie generală iar mumai lor era tabetică.

ROSE et BENON. — **Psychose polynévritique chronique ou presbiophrénie.** Observaţiunea unei bolnave de 66 ani cu alcoolism foarte pronunţat în antecedente, ce prezinta turburări însemnate ale memoriei de fixaţie. Judecata e mai degrabă bună, bolnava e conştientă de starea ei. Autorii discută diagnosticul între cele 2 psihoze ce ar putea explica starea bolnavei.

Faptul că judecata e relativ bună. absenţa unei stări de satisfacţiune pledează mai mult pentru primul diagnostic şi antecedentele vorbesc în acelaş sens. Fenomenele polinevritice propriu zise lipsesc însă. In definitiv fenomenele pozitive ca şi cele negative nu permit a conchide în mod precis şi exclusiv pentru una sau pentru cealaltă din cele 2 psihoze.

C. PARHON

Reviste şi publicaţiuni străine

Chirurgie militară

CHAVIGNY. — **Les tiqueurs. Leur appréciation au point de vue du service militaire.** (*Caducée* No. 20 1909). Autorul arată că „ticurile“ şi tratamentul lor sunt acum bine clasate în clinice nervoasă şi mentală, dar că până aci nimeni nu a tras concluziunile medico-legale relative la serviciul militar.

Situaţiunea unor asemenea pacienţi faţă de serviciul militar, e regulată prin instrucţiunea franceză asupra aptitudinei la serviciu, precum urmează: „se va da „scutirea sau reforma în cazuri de ticuri convulsive destul de importante spre a „împedica funcţiuni a căror integritate este indispensabilă pentru viaţa militară şi, „dacă aceste turburări sunt pur funcţionale, independente de leziuni ale sistemului „nervos, ele justifică reforma timporară“.

Ticul convulsiv e numai una din formele boalei, şi instrucţiunea minsterială nu menţionează ticul tonic, care e mai puţin respândit decât cel clonic.

In ambele cazuri trebue o analiză a mentalităţii acestor bolnavi, ei fiind înainte de toate nişte mentali. Starea lor mentală a fost bine descrisă de **Meige** şi **Feidel** la congresul din Liniozes (1901) care o numesc stare mentală infantilă; educaţiunea lor lasă de dorit; ei sunt copii mari, sau crescuţi, deprinşi a ceda tutulor caprieielor lor, nefiind nici odată învăţaţi a'şi disciplina actele lor voluntare. Cum toţi au voinţă debilă şi nestabilită cu uşurinţă de spirit, variabilitate de idei, dorinţe subite, capricii imperioase. uneori chiar manifestaţiuni impulsive, idei în germene de sinucidere şi omucidere.

In existenţa lor individuală sunt nişte nestabili ca cei mai mulţi degeneraţi.

După autorii de mai sus, ticurile sunt dese la candidaţii pentru alienaţiunea mentală şi în diferitele nevrose.

Printre aceşti debili de voinţă, unii sunt ascultători, iar alţii nedocili care aparţin grupului anti-socialilor şi cărora serviciul militar le rezervă multe încercări.

Profitul unor asemenea elemente pentru armată este nul, şi trebue pusă întrebarea dacă trebuesc incorporaţi ? o soluţiune unică însă nu e posibilă.

Voluntariatul este foarte adesea pentru armată, poarta de intrare a desechilibraţilor psichici ; ei nu trebuesc primiţi a se angaja căci ca desechilibraţi ai voinţei vor deveni mai totdeauna răi soldaţi. Când se prezintă la recrutare, pot fi primiţi ca încercare dar numai cei de tip docil.

DR. CĂLINESCU

COLNENNE. — **Le rôle des femmes de la Croix-rouge.** (*Caducée* No. 24 1909). Cu ocaziunea adunării generale a comitetului din Montpellier al uniunei femeilor Franciei, medicul inspector Colnenoe, director sanitar la C. 16 armată, prezindând ceremonia a rostit o cuvântare în care spune că adevăratul câmp de acţiune al femeei este în spitalele teritoriului. De şi în epoce turmentate. s'au văzut femei excepţionale al căror loc este ori-unde, totuşi femeia are alte îndatoriri la care nu se poate sustrage, datoriri de ordine mai generală şi mai ridicată despre care datorează socoteală Societăţei.

Creatoare a curbului ca nu are dreptul de a'l părăsi ; păzitoare a vetrei, apărătoare a neamului, ea este reservoriul acelui sânge generos ce se respândeşte pe câmpurile de luptă ; aducătoare a copilului — omul de mâine — reamintind aceste inteligenţe născânde, gesturile eroice ale străbunilor, ca 'l va învăţa că un popor ce vrea să trăiască liber, trebue să ştie ce face să se respecte drepturile sale şi să răsbune o insultă.

DR. CĂLINESCU

PORTER. — **Methode pour maintenir les pansaments sans bandage.** (*Canducée* No. 24, 1909). Bazat pe încercările sale într'un mare număr de operaţiuni abdominale. D. C. Dr. Porter propune următorul metod care dispensează de întrebuinţarea unui bandagiu :

O soluţiune de 20% gelatină la care se adaugă 1% de timol, se pune in tuburi mari pentru încercări, astupate cu dopuri de bumbac şi sterilizate în 3 zile consecutive. Plaga operatoare se acopere cu o turtă de tifon coprinzând 30—40 foi. Pe d'asupra se pune un pătrat de tifon de două foi, întrecând turta primă pe toate laturile cu 8—10 c. m. Conţinutul unui tub licefăcut prin imersiune în apă caldă se toarnă într'un borcan de faianţă şi se adaugă 20 gute dintr'o soluţiune de formol. Cu un pămătuf mic de bumbac ţinut într'o cleştuţă (pince) se întinde lichidul pe tot circuitul pansamentului, având grije a nu impregna turta groasă de tifon de d'asupra plăgei, şi de a nu pensula decât partea periferică spre a o face se adere de pele. Economia în bandage ar fi însemnată.

DR. CĂLINESCU

ALBERT SARRANT. — **Boissons hygiéniques dans l'armée.** *Coducée* No. 23, 1909). Pe baza studielor recente ale Prof. Armand Gautier asupra acţiunii recomfortante a băuturilor fermentate când sunt luate în doză moderată. Dl. Albert Sarrant sub-secretar de stat la războiu, a trimis corpurilor o circulară atrăgându-le atenţiunea asupra folosului d'a distribui la fie-care masă vin (sau alte băuturi fermentate după regiuni) în toate cazurile unde din cauza frigului a oboselei escesive, a temeri de contagiune, oameni ar fi mai special expuşi la boale, şi au nevoie de tonice şi reconstituante.

DR. CĂLINESCU

Fiziologie normală şi patologică

F. BOUCHE. — **Gegenseitige Beeinflussung von Adrenalin und Verdauungslösungen.** (Influenţa reciprocă a Adrenalinei şi a sucurilor digestive). *Teză* din Freiburg 1909 şi *Zbl. f. Physiol.* p. 613, 1909. vol. 23. Atât sucul gastric artificial preparat din acid clorhidric şi pepsină cât şi sucul gastric umon n'au nici o influenţă „în vitro“ asupra Adrenalinei. După 24 sau 36 ore în termostat la 37° se putea încă dovedi existenţa ei prin demonstrarea acţiunei vaso-constrictive. In acelaşi mod s'a dovedit că Adrenalina nu e atacă nici de o soluţie neutrală de pancreatină. Cu această ocazie se observa că, soluţie neutrală de pancreatină la 37°, atacă musculatura vaselor.

Adrenalina micşorează intensitatea acţiunei fermenţilor. Astfel în experienţeli, de digestie atât cu suc gastric natural sau artificial cât şi cu pancreatină s'a observat o foarte marcată întârzierec a transformărei proteinelor.

Autorul, în concordanţă cu Yukaner, a observat în cea mai mare parte a casurilor cercetate, că administrarea „per os“ a Adrenalinei măreşte aciditatea sucului gastric secretat după un „dejun“ de probă à la Ewald-Boas. Uneori această iperaciditată era foarte însemnată. Dacă acest se iveşte mai des în cazuri de aciditate normală sau în cazuri anormale, nu se poate spune; în orice caz în 3 cazuri cu alterări însemnate ale stomacului, faptul n'a putut fi observat. D. IONESCU.

G. PERITZ. — **Zur Pathologie der Lipoide.** (Desbaterile societ. de medicină internă din Berlin. *Münch. med. Wochenschrift.* p. 324, 1910). Autorul tratează despre rolul lipoidelor în ivirea proceselor patologice şi arată însemnătatea lipoidelor ca membrane semipermeabile. Procesele osmotice şi electrice sunt condiţionate în celule, de membranele semipermeabile, ce se formează prin acţiunea sărurilor asupra lipoidelor. Formarea de diferenţe de potenţial în membranele semi-permeabile provoacă după Nernst, energie nervoasă.

In sistemul nervos central, cel mai bogat dintre toate organele în lecitină lipoidele sânt întrebuinţate ca material isolator pentru cilindrul axil.

Insemnătatea patologică a lipoidelor a fost studiată întâi de Meyer şi Overton în narcosă. Narcoticele sânt substanţe ce disolvă foarte bine lipoidele; ast-fel chiarse şi ivesc în narcose lipoidămii. Astfel de lipoidămii au fost observate şi în Diabet. Toxinele diferitelor maladii infecţioase ca Tetanus, Difterie, Tuberculosă fixează lecitina. In special, o strânsă legătură constă între toxina sifilitică şi lecitină.

Peritz încearcă să explice această afinitate, arătând că ea joacă un mare rol în reacţia lui Wassermann. Un *rezultat negativ al r. lui W. în cas de sifilis averat este consecinţa augmentărei lecitinei în serul sanguin.*

Această părere e confirmată prin faptul că, putem face să dispună, prin administrare de lecitină, reacţia lui W; apoi prin acea că sifilisuri vechi şi cazuri de S. cu Tabes, nu dau reacţia când serul conţine multă licitină. In special însă se poate demonstra că în urma tratamentului mercurial, aproape totd'auna se produce o augmentare considerabilă a lecitinei, când şi reacţia lui W. dispare. In casurile în cari reacţia redevine pozitivă, lecitină scade, *pe când alte casuri şi păstrează conţinutul lor ridicat în lecitină.*

De oare-ce din cercetările lui Calmette, Lehndorff, v. Bergmann și Reicher reese, că în sifilis conținutul serului în lecitină este crescut, Peritz conchide din cercetările sale, că în sifilis se petrece o legătură chimică sau fisico-chimică între lecitină și toxina (toxinele) sifilitică.

Prin urmare sunt numai modificări cantitative, cari în caz de predominare a toxinelor sifilitice lasă să apară reacția lui W; în caz de predominarea lecitinei o împedecă. De oare-ce în constituția sistemului nervos predomină lipoidele, el trebue să sufere în primul rând când capitalul de lipoide al organizmului este atacat de toxine. Peritz arată că în tabes și paralizie generală, organizmul este în adevăr sărăcit în lecitină. Ast-fel serul tabeticilor și paraliticilor conține foarte multă lecitină, cum au arătat Bornstein, Kauffmann și autorul. Apoi Peritz a arătat că la sifilitici și tabetici se elimină din când în când prin fecale foarte multă lecitină fără însă ca aceste perioade de eliminare să meargă paralel cu augmentarea lecitinei în ser.

Se pare că în aceste proceze intervine încă un organ, ficatul. In fine Peritz împreună cu Glikin au arătat la oasele (14 cazuri) paraliticilor și tabeticilor, că măduva oaselor era foarte săracă sau cu totul lipsită de lecitină. Bornstein a constatat-o diminuarea leicinei în creerul paraliticilor.

Tabesul și paralizia au ast-fel la bază o sărăcire generală a organizmului în lecitină; sistemul nervos central suferă în primul rând pentru că, lecitina ca formatoare de membrane semi-permeabile provoacă nașterea de energie nervoasă și ca material izolator păzește cilindrul axil de curente deviate. Reacția lui W. fiind negativă tot nu putem ști nimic dacă în acel moment mai sunt ori nu toxine sifilitice, când conținutul serului în lecitină nu e în mod constant normal.

Nu e însă demonstrat că substanțele ce condiționează reacția lui W. ne afirmă ceva despre existența sifilisului. Indepărtarea lor, e necesară, pentru că răpesc organizmului lecitina atât de necesară vieței. Prin injecțiuni cu lecitină nu vindecăm sifilisul; însă după ce toxinele lipoidofile ale sifilisului au fost indepărtate, luptăm prin injecț. de lecitină în potriva sărăcirei organizmului în această substanță. ceea-ce explică bunele rezultate ce se obțin cu ea în Tabes.

D. IONESCU.

ANTON THIES. — **Studie über die Infusion physiologischer Salzlösungen.** (Mitteilungen aus. d. Grenz). geb. de Mediziu u. chir. *ol. 21, p. 239.* Solneauțiune fisiologică de clorur de sodiu (0,9$^0/_0$) nu este totdeauna cea mai potrivită pentru injecțiuni la bolnavi. In unele împrejurări, poate produce chiar turburări grave. In special trebue evitată la copii mici, în acele stări patologice ce se însoțesc de perderi saline însemnate, în inaniție, în stările cahectice, în casurile de alterațiuni din partea rinichilor inimei, sistemului vascular. Asemenea trebue evitată în maladiile la cari are loc retențiune de clorur de sodiu, sau eliminare însemnată a altor săruri, așa dar mai în toate maladiile febrile. Tot ast-fel în cholemie. Mai ales trebue evitată injecția de soluție fisiologică în aceste cazuri când ar fi nevoe de cantități mai mari.

Vătămarea organizmului prin injecțiile de clorur de sodiu este cu atât mai mare, cu cât prin înlocuirea celorlalte metale alcaline prin sodiu, și eliminarea lor din celulă se strică raporturile normale între metalele proteinelor din celule.

De oare-ce însă Kaliul și Calciul sunt elemente absolut indispensabile pentru păstrarea capacităței funcționale și chiar a vieței celulei, este absolut necesar a împedeca inlocuirea lor din combinaţiunile cu proteinele, prin introducerea acestor două metale în lichidul de injectat. Cantitatea de Kaliu şi de Calciu trebue ast-fel aleasă, ca să corespunză celei aflate în ţesuturile organismului ast-fel: 0,6 proc. Na Cl, 0,02 proc. Ca Cl_2 şi 0,02 proc. KCl. Această soluţie este ipotonică faţă de serul sanguin; totuşi inconvenientele ce ar putea rezulta de aci sunt cu totul neînsemnate faţă de vătămarea produsă prin infusiunea unei soluţiuni isotonică numai de clorur de sodiu. Dacă însă s'ar dori a se injecta neapărat o soluţie isotonică, atunci trebue mărit nu numai clorurul de sodiu de la 0,6 la 0,85 proc. ci şi celelalte săruri.

Lichidul trebue să aibă atunci următoarea compoziţie: NaCl 0,85%, KCl 0,03%, Ca Cl_2 0,03%. Autorul preferă injecţiilor subcutanate sau intravenoase, clismele rectale. Aceste clisme, spre a putea fi tolerate şi resorbite trebuesc administrate însă într'un interval de timp mai lung de cât cel obicinuit, deci în mică cantitate pe unitatea de timp şi la temperatura corpului. Aceasta permite a adăoga lichidului descris şi diferite medicamente pentru cari în anume cazuri calea rectală ar fi singura posibilă sau de preferat. Cum însă irigatorul obicinuit nu permite realizarea acestor condiţiuni, autorul a inventat un aparat, a cărei descripţie şi figură o dă în articolul său.

D. IONESCU

S. FRÄNKEL und L. DIMITZ. — **Gewebeatmung durch Intermediarkoper.** (*Wiener Klin. Wochenschr.* No. 51 1909). Autorii au izolat din rinichi trei fosfatide nesaturate, cari au proprietatea de a reduce în vitro albastrul de metilen; cum fosfatedele saturate nu reduc culoarea, autorii admit ca nesaturarea este o condiţie, pe de altă parte cum fosfatida cea mai puţin saturată e cea mai reducătoare, şi cum din creer fosfatida cea mai saturată (Kephalin) e cea mai energică, autorii admit ca pe lângă nesaturare, intervine şi o construcţie specifică a moleculei.

Acestor substanţe, numite de ei corpi intermediari, incumbă funcţiunea de a fixa oxigenul şi care foarte uşor se perd în prezenţa de corpuri ce trebuesc oxidate îndată după perdere, fosfatida fixează din nou oxigen, reconstituindu-i moleculele şi aşa mai departe.

DR. BRUCKNER

I. E. ABELOUS et E. BORDIER. — **Action de urohypotensine sur la pression arterielle.** (*C. R. A. S.*, 12 Iulie 1909, No. 1). Urina de om normală, tratată cu alcool şi cu sulfat de ammoniu în saturaţie, dă un precipitat nedialisabil, foarte solubil în apă, incoagulubil prin căldură. Acest precipitat prezintă caracterele proteozelor şi e numit de autori urohypotensină (vezi analiza în această revistă No. 11 Noemb. 1909. Prin precipitări succesive, uscat în vid la o temperatură joasă U. se prezintă sub forma unei pulbere albe, foarte solubilă în apă. Injectată intra-venos produce o diminuare de presiune arterială, foarte pronunţată.

O soluţie de U. încălzită la 110 — 120° timp de câte-va minute, pierde proprietăţile sale hypotensive. U. pare a nu avea nici o acţiune asupra cordului şi nici asupra vaso-constrictorilor cari rămân excitabili.

Autorii au obţinut o diminuare de presiune generală, injectând această substanţă la animale cu bulbul şi măduva distruse. Are deci o acţiune periferică, care interesează numai sistemul vaso-dilatator.

LALU

NOGIER et C. REGAUD. — **Action comparé sur les cellules séminales du faisceau total des rayons de Rötgen et des rayons durs seuls.** *(C. R. A. S.* 12 Iulie 1909, No. 2). Filtrând razele Rötgen prin un disc de aluminiu de 2 mm. diametru autorii au obţinut la şoareci dispariţiunea completă a spermatogonielor fără a provoca lesiuni cutanate.

LALU

FLORENCE et CLÉMENT. — **L'epreuve de la glucosurie alimentaire chez l'epileptique.** *(C. R. A. S.* 12 Iulie 1909, No. 2). Eliminuţiunea glucosei la epilepticii în afară de crize, examinaţi de autori, e neregulată şi prelungită, 24 ore după ingestiunea a 150 — 250 gr. glucoră, se mai constată prezenţa ei în urine, ceea-ce nu se observa la indivizi normali. La aceştia eliminaţiunea se face regulat începând de la ora a doua maximum la a 8-a; apoi descreştere progresivă până la dispariţie completă, ceea-ce are loc înainte de 24 ore. La epileptici eliminarea glucosei se face dese-ori prin saccade şi într'un mod neregulat. Autorii vor să facă o analogie între această glycosurie a epilepticilor şi acea provocată de Haedke, în urma traumatismelor craniene.

De asemenea găsesc o analogie cu glycosuria spontanee, semnalată de Robin la dyspeptici, datorite după acest autor excitaţiunilor reflexe provenite de la ficat. Tratamentul bromurat regularizează eliminarea glucosei la epileptici, având poate o acţiune asupra acestor reflexe.

LALU

JEAN GAUTRELET et LOUIS THOMAS. — **Action hypotensive du serum de chien privé de surrénales.** *(C. R. A. S.* 12 Iulie 1909, No. 2). Autorii injectând serum de câine decapsulat, au obţinut o hypotensiune arterială manifestă. Acelaş fenomen l'au constatat injectând extractul alcoolic al acestui serum. Injectând prealabil o soluţiune de atropină, efectul serului de animal decapsulat dispare. Neutralizarea prin atropină, solubilitatea în alcool, sunt proprietăţi de-a cholinei; a cărei prezenţă de alt-fel în sîngele animalelor lipsite de capsule supra-renale, a fost bine pusă în evidenţă, graţie reactivului lui Florence.

LALU

A. MARIE. — **Proprietés antirabiques de la substance cérébrale.** *(C. R. A. S.* 19 Iulie 1909, No. 3). Creerul unei persoane moarte de turbare, comprimat, pisat şi cu nisip la o presiune de mai multe atmosfere, uscat în vid, reluat cu apă distilată şi filtrat, dă o soluţiune care amestecată cu o emulsiune centesimală de virus rabic fix, are proprietatea de a neutraliza în câte-va ore acest virus. Amestecul acesta injectat în creerul unui epure sau cobai, e inofensiv pentru aceste animale.

A. Marie atribue această proprietate de a neutraliza virusul rabic, nucleoproteinelor conţinute în creer şi a fost constatată de dânsul şi cu creerul persoanelor moarte de alte maladii: tuberculoză, scarlatină, infecţiunea puerperală, epilepsie, paralizie generală. Autorul a constatat de asemeni că extractele de creer human, de şi nu în tot-deauna inofensive, sunt în general cu atât mai toxice, cu cât puterea lor de a neutraliza virusul rabic e mai accentuată, ceea ce se întâmplă în turbare, paralizie generală şi epilepsie. Ca şi cum creerul human ar elabora producte cu atât mai active cu cât ia o parte mai pronunţată în maladii.

Creerul de chimpanzeu, de câine, de iepure (nesucombat de turbă), de cobai, de şoarece, de porumb şi în general creerul tuturor animalelor refractoare la turbă, nu posed proprietatea de a neutraliza virusul rabic.

LALU

J. PÉDEBIDOU. — **Etude des toxicités des strophantines selon les voies d'administration.** (*C. R. A. S.* 26 Iulie 1909, No. 4). Strophantinele cristalizate obţinute de Catillon, sunt aproape de 2 ori mai toxice de cât strophantina amorfă, întrebuinţată mai ales în Germania.

Toxicitatea acestor substanţe se manifestă mai ales în injecţiuni intra-venoase şi intra-musculare. Fracţiuni de miligram injectate în curentul sanguin pot ocaziona moartea.

Autorul sfătueşte a administra aceste substanţe de preferinţă pe calea stomacală, cu riscul în cazuri urgente, de a recurge chiar la doze de 12—18 mlgr. de strophantină cristalizată (în granule a 0, gr. 001) cum prescria Potain.

LALU

DORNIC et DAICE. — **Contribution à l'etude de la sterilisation par les raynns ultra-violets. Application à l'industrie beurrière.** (*C. R. A. S.* 2 August 1909, No. 5). Untul e greu de sterilizat cu ajutorul razelor ultra-violete din cauza ofacităţei sale. De alt-fel supus la influenţa razelor violete capătă imediat un miros de seu, datorit acţiunei ozonei, care se formează în continuu în asemenea condiţiuni.

Ştiut fiind că râncezeala şi stricarea untului nu se datoreşte atât baccililor conţinuţi în lapte ci mai mult baccililor ce se găsesc pe vase şi în recipiente, contaminate cele de mai multe ori, de apa de spălare. Autorii au sterilizat, graţie vaselor ultra-violete, această apă de spălare, care serveşte şi la spălarea untului, obţinând ast-fel rezultate cât se poate de satisfăcătoare. După spusa lor propie, au ajuns a prelungi conservarea untului de aproimativ 3 săptămâni.

Faptul are o deosebită importanţă practicând mai ales că experienţele s'au făcut într'o lăptărie care manipulează de la 5.000—20.000 litri de lapte pe zi, cu a producţie zilnică de 400 kgr. de unt.

LALU

A. BARILLÉ. — **De l'existence des carbonophosphates dans le lait. Leur precipitation par la Pasteurisation.** (*C. R. H. S.* 2 August 1909, No. 5). Carbonophosphatul de calce conţinut în lapte se disociează sub influenţa pasteurizărei în fosfat bicalcic şi în carbonat de calce insolubili. Dat fiind influenţa calciului, e uşor de văzut desavantajele ce poate prezenta laptele dat la copii în asemenea condiţiuni.

J. COURMONT et TH NOGIER. — **Sur la faible pénétration des rayons ulter-violets à travers les liquides contenant des substances colloïdes.** (*C. R. A. S.* 2 August 1909, No. 5). Bulionul peptonat sau lactozat, berea, cidrul şi chiar toxinele (toxina tetanică de ex.) mai ales când sunt amestecate sau diluate cu un bulion de cultură absorb razele ultra-violete emise de lămpile de quartz cu vapori de mercur şi sterilizarea acestor lichide, chiar în apropierea lămpilor, devine complectamente iluzorie. Sterilizarea substanţelor colloïde întâmpină în practică dificultăţi foarte mari.

LALU

J. T. FLORENCE et P. CLEMENT. — **L'epreuve de la phenolurée provoquée chez l'épileptique.** *(C. R. A. S.* 2 August 1909, No. 5). Autorii au dat la epileptici şi prin comparaţie la persoane normale, aceeaşi cantitate de benzină şi au analizat urina din punct de vedere a eliminărei acizilor sulfo-conjugaţi. Găsind: 1) că epilepticii în afară de atacuri oxidează benzina mai energic ca omul normal. 2) că această oxidaţiune e mult diminuată în timpul atacurilor (fapt constatat de Ferranini) şi în fine ca oxidaţia e mai rapidă la epileptici în afară de atacuri (acizi sulfo-conjugaţi încep să apară în urina lor de la 1-a zi) decât la omul normal, (la care nu apar decât după ziua a 3-a).

LALU

CHARLES NICOLLE, C. COMTE et E. CONSEIL. — **Transmision experimentale du typhus exanthématique par le pou du corps.** *(C. R. A. S.* 6 Sept. 1909, No. 10). Două cazuri de transmisiune experimentală de la Chimpanzeu — inoculat cu sângele unui bolnav de typhus exanthematic — la macocus sinicus-prin intermediul păduchilor.

LALU

M-selle ELÉONORE LAZARUS. — **Influence de la réaction des milieux sur le developpement de l'activité protéolytique de la bacterie de Davaine.** *(C. R. A. S.* 17 August 1909, No. 7). Din punrt de vedere chimic, reacţiunea neutră unui mediu e definită prin egalitatea de ioni + H = — OH conţinuţi în acel mediu Turnesolul ne dă indicaţiunele cele mai apropiate de reacţiunea chimică al unu mediu. Indicatorul metyl-orange e mai puţin sensibil şi phenol-phataléina încă şi mai puţin. Ceea-ce face că o soluţiune poate fi neutră la metyl-orange şi acidă la tournesol; alcalină la phenolphtaléină, neutră la matylorange şi chiar acidă la tournesol.

A obţinut în diferite medii de cultură, bacterii de a lui Davaine de diferite rase, al căror acţiune protcolitică variază după natura substanţelor alimentare fără a fi în raport direct cu gradul de desvoltare a bacteriei. Culturile cele mai abundente nu sunt cele mai active în această privinţă. Deasemenea a obţinut prin treceri succesive în soluţiuni de peptonă Witte din ce în ce mai acide, bacterii care puteau foarte bine să se dezvolte în mediuri net acide chiar la metylorange. Fapt interesant aceaşi rasă de bacterii se dezvoltă în acelaş timp foarte bine în mediuri atât de alcaline, încât bacteria de origine — ne adaptată — nu se mai poate dezvolta. Cu toate că după cum se ştie bacteria lui Davaine se dezvoltă de preferinţă în mediurele alcaline.

LALU

A. FERNBACH. — **Sur un poison élaboré par la levure.** *(C. R. A. S.* 23 August 1909, No. 8). In urma lucrărei lui Hayduck, care a obţinut o substanţă toxică, uscând la o temp. de aproape 70° levură în maceraţie $^1/_{1000}$ HCl; autorul a obţinut şi el o substanţă toxică evaporând la o temperatură numai de 37° (timp de 19 ore) o maceraţiune conţinând 2 gr. de levură la 200 cm^3 HCl $^1/_{1000}$. Acţiunea toxică al acestei substanţe se exercită nu numai asupra diferitelor levure dar şi asupra bacteriilor (ex. coli, staphylococi). Ea traversează filtrele, dar este distrusă la o temp. de 100°. Această substanţă toxică e volatilă, căci poate fi culeasă prin vapori de apă, sub o presiune mică, pentru a nu depăşi temp. de 40°. Nu prezintă nici o reacţiune a aldehydelor, dar nu ştim încă nimic asupra constituţiunei sale chimice.

LALU

Ginecologie şi obstetrică

J. W. TJEENK WILLINK, (Amsterdam). — **Unblutige Vergrösserung der conjugate vera.** (Mărirea fără operaţiune a conjugatei vere). (*Zentralbl. f. Gynäk.* No. 5, 1910). După cum basinul se află în flexiune saŭ extensiune forţată faţă de coloana vertebrală, marginea superioară a simfizei se apropie saŭ se depărtează de promontoriu, prin urmare conjugata vera scade saŭ creşte. Această scădere sau creştere e de o jumătate c. m.

Dacă se pune bolnava la marginea patului cu picioarele spânzurate în jos (poziţiunea lui Walcher), se obţine o mărire cu câţi-va milimetri a conjugatei vera. Cum însă această poziţiune e foarte incomodă pentru o femeie în dureri, autorul a căutat să obţie în alt mod lărgirea conjugatei vera. El pune bolnava la marginea patului în poziţiunea taliei, apoi introduce direct sub piele deasupra feselor o pernă transformată în sul. Prin lordoza ast-fel obţinută, conjugata vera se lungeşte cu o jumătate de c. m. Pacienta trebue ţinută aproximativ o oră în această poziţiune, care nu este aşa de incomodă. *Trebue ca să nu fie o disproporţie absolută între craniu şi intrarea bazinului şi ca durerile să fi rămas frecvente şi puternice*, pentru ca procedeul să dea un rezultat bun.

Autorul crede că în acest fel se poate scurta durata facerei şi se poate evita în unele cazuri o intervenţiune.

DR. MARTA RAIMER

A. STEIN, (Neujork). — **Ein seltener Fall von Hämatometra.** (Un caz rar de hematometru). (*Zentralblatt f. Gyn.* No. 4, 1910). Cazurile de hematometra dincolo de menopauză sunt foarte rare. E vorba de o femeie de 66 de ani care a fost în tot-deauna sănătoasă. Menstruile regulate. Menopauza s'a stabilit la 46 de ani (prin urmare cu 20 de ani în urmă). Timp de trei ani, după menopauză, pacienta s'a plâns de tulburări vezicale, greutate şi arsuri la urinare. Aceste tulburări le are şi acum. Organele genitale externe şi vaginul prezintă o atrofie senilă. Colul uterin lung de 1 c. m. jumătate, pare a nu prezinta nici o modificare. In locul corpului uterin se găseşte o tumoră de mărimea unui pumn, netedă, moale, mobilă. Anexele nu se pot palpa. Parametriele normale. S'a diagnosticat miom moale sau chist ovarial monolocular. Prezintă şi o hernie inghinală dreaptă.

La intervenţiune se face incizia transversală după Pfannenstiel. Se constată că e vorba de o hematometra şi se face extirpaţiunea uterului. Peretele uterin foarte subţiat, conţinea o jumătate litru de lichid negru şocolatiu. Examenul microscopic al colului arată că era vorba de un adeno carcinom. Autorul îşi explică hematometra prin aglutinarea colului la începutul menopauzei pe de o parte şi o acumulare de mici cantităţi de sânge în uter pe de altă parte, la epoca menstruaţiunei. Autorul mai insistă asupra faptului că n'a făcut histerometria, care l'ar fi pus pe calea diagnosticului.

DR. MARTA RAINER

H. CRAMER. — **Zur Physiologie der Milchsecretion.** (*Münch. med. Woch.* 1909, No. 30). Impulsul creşterei mamelei în pubertate şi preschimbările menstruale în mamelă, depind de substanţa care se formează în glanda ovariană care intră în funcţiune.

Iată o observaţiune proprie: e vorba de o fată de 21 de ani nemenstruată, organe genitale infantile, cu complectă lipsă de desvoltare a mamelei. Prin transplantarea de ovare luate de la o osteomolacică menstruaţia a apărut, iar mamelele au luat o desvoltare evidentă. Această influenţă a ovarului asupra creşterei mamelor, n'are nimic aface cu ipertrofia mamelei în sarcină şi cu secreţiunea lăptoasă în puerperalitate. Halban crede că aceste 2 procese sunt datorite unei substanţe formată în placentă. Cercetările lui Starling au arătat că substanţe produse în embrion influenţează creşterea mamelei în sarcină. Nu putem însă trece cu vederea că hiperplazia mamelei în sarcină, este în legătură cu o întrerupere a secreţiune lăptoase. Actul sugerei are mare influenţă asupra secreţiunei laptelui nu numai la femeile cari în timpul lactaţiunei rămân însărcinate, dar chiar la bărbaţi şi la animale mascule.

DR. MARTA RAINER

HILDEBRAND, (Lüneburg). — **Zur Kaiserschnittfrage.** *Zentralbl. f. Gynäkol.* No. 4, 1910. H. arată mai întâi ce greutăţi întâmpină un medic de ţară atunci când împrejurărils îl silesc, să facă o intervenţie însemnată, cum e cezariana clasică.

Autorul a fost nevoit să intervie noaptea într'o cameră de ţară a cărei capacitate era de 24 m. cb. Era vorba de o primipară ce prezinta o eclampsie gravă. Colul nedilatat, iar copilul mort. A practicat cezariana clasică. Trei zile după operaţie, bolnava a mai avut convulsii; temperatura însă a fost normală.

Peste un an este chemat pentru o aplicare de forceps la aceiaşi bolnavă, când a constatat că atât cicatricea internă, cât şi cea abdominală, rezistaseră foarte bine.

DR. MARTA RAINER

P. LECÈNE. — **Remarques sur la technique de la colo-hystérectemie abdominale pour cancer du col de l'utérus.** (*Journal de Chirurgie* No. 1, 1910). Histerectomia abdominală totală pentru cancer, fără liberarea suficientă a ureterelor şi *mai ales fără ablaţiunea simultană a terţului şi chiar a jumătăţii superioare a vaginului este o operaţiune insuficientă,* căci o recidivă rapidă poate apărea atât în parametriu cât şi în cicatricea vaginală.

Wertheim cel dintâi şi mai pe urmă Bumm, au insistat asupra importanţei pe care o arre ablaţiunea cât mai largă, a ţesutului celular junta-cervico-vaginal (parametriu) descriind *colpo-hysterectomia abdominală largă,* în care extirparea ganglionilor (evidarea pelvisului) este un act operator cu totul secundar.

Wertheim procedează la această operaţiune după ce *mai întâi liberează ureterul la baza şi îndărătul ligamentelor largi, apoi liberează vezica de colul uterin şi peretele anterior vaginal şi în urmă face ligatura pediculelor vasculare.*

Bumm inciziază pediculele vasculare mai întâi şi *lasă ureterul aderent la partea posterioară a ligamentului larg.*

Lecène însă crede că prin procedeul lui Wertheim, liberându-se ureterul, se poate mai bine rezeca cuta conjunctivo-vasculară care e de importanţă şi care este subjacentă ureterului. De aceea începe operaţiunea în felul lui Bumm şi liberează ureterul ca Wertheim.

Unii începe operaţiunea liberând mai întâi vaginul pe cale perineală.

In ce priveşte ligatura prealabilă a hipogastricelor nu o crede necesară.

Lecène insistă asupra importanței pe care o are scoaterea cancerului „clos“ fie prin închidere printr'un surjet a vaginului, fie prin pense îndoite în unghiuri; se evită ast-fel inocularea nu numai microbiană, ci și canceroasă. Cauterizarea prealabilă cu termocauterul sau sterilizarea cu aer cald, o crede necesară.

DR. MARTA RAINER

L. GALLIARD et CHAPUT. — **Salpingite éberthienne, opération d'urgence Guérison.** (*Société medicale des hôpitaux de Paris*, 5 Noembrie 1909). De câte ori în cursul sau în convalescența unei febre tifoide apare o stare abdominală gravă, primul nostru gând e la o perforație intestinală. Localizările bacilului Eberth asupra organelor genitale femeești, e așa de rară, încât de abia se pot semnala pe ici, pe colo, asemenea cazuri.

In cazul de față, e vorba de o femee în vârstă de 50 ani, cam a 27-a zi de la debutul unei febre tifoide, este cuprinsă de dureri mari abdominale, grețuri, vărsături; facierul gripat, pulsul 160, temperatura 40° 2. Palpație abdominală și tactul vaginal nu dau nimic precis.

La intervențiune se constată că peritoriul conține puțin lichid tulbure. Nici o leziune pe traectul intestinului.

Tampa dreaptă foarte voluminoasă, plină de puroi, pe fața sa posterioară o mică perforație de câți-va milimetri cu marginele violacee. Anexele stângi sclerozate. Se face histerectomie și ablațiunea anexală din dreapta. Bolnava s'a vindecat. In puroiul din trompă s'a găsit baccilul lui Eberth în stare pură.

DR. MARTA RAINER

A. COUVELAIRE. — **Considérations per la technique de l'opération césarienne conservatrice, pratiquée à l'ancienne mode.** (*Annales de Gynécologie et d'obstrétique*. Novembre, 1909. Autorul se referă la 47 cazuri de cezariane, dintre care 14 personale. Secțiunea corpului uterin a fost mediană, sagitală, anterioară și superioară.

Pentru C., ca și pentru alți autori, între cari Shauta, onicitatea musculară, este după evacuarea rapidă a uterului, agentul esențial al hemostazei.

Când se face cezariana pe un uter la termen și în timpul contracțiunelor dureroase, hemoragia este mult mai mică de cât atunci când se face pe un uter care nu-i la termen. Frica de hemoragie, nu trebue să ne facă să injectăm o cantitate prea mare și prea de timpuriu de ergotină, căci putem fi nevoiți să facem o incizie prea lungă din cauza retracțiunei buzelor inciziei.

De aceia C. crede că trebue să injectăm numai o jum. c. m. c de ergotină în momentul exteriorizărei uterului. In caz de nevoe se va putea repeta această doză, pentru ca incizia să se poată face exact pe linia mediană. Trebue să se exteriorizeze uterul pentru ca înclinarea și torsiunea lui să fie corijate.

Autorul citează un caz personal și altul al lui Monchotte în care a făcut incizia chiar pe unul din coarnele urerului (în caz de uter bicorn) fără nici un inconvenient.

In ce privește evitarea zonei placentare, autorul crede că riscurile atunci sunt aceleași, fie că incizăm sau nu zona placentară.

Autorul insistă asupra importanţei pe care o are o bună cusutură, făcând mai întâi un surjet submucos cu catgut şi o cusutură a păturei musculare-peritoneale cu mătase.

Drenajul utero-vaginal trebue mai ales asigurat cel puţin 24 de ore, atunci când se operează pe un uter înainte de termen, sau când colul nu e încă dilatat.

Operaţiunea cezariană conservatrice, lasă în totdeauna o *cicatrice conjunctivă*. Punctul slab poate să cedeze sau în timpul unei sarcini, sau a unei faceri ulterioare.

Ea nu poate fi practicată de cât în cazuri *selecţionate cu îngrijire* şi nu poate fi repetată la infinit. Au fost excepţiuni fericite, în care operaţiunea a fost repetată de 3—4 ori.

Cezariana ca şi toate operaţiunile itevative sunt fertile în complicaţiuni. Din aceste complicaţiuni decurge necesitatea sterilizărei femeii, fie prin secţiunea trompelor, fie prin histerectomie.

DR. MARTA RAINER

Medicină experimentală

J. SABRAZÈS ŞI KENNETH ECKENSTEIN. — **Notă asupra unei metode simple de fixaţia complementului în sifilis.** (*The Lancet* 22 Ian. 1910 p. 232.) Metoda pe care au întrebuinţato autorii, e mai practică de cât a lui Hecht; e întrebuinţată şi de Levaditi şi le-a fost comunicată de dânsul.

Technica.

Material: 1. Extract alcolic de cord (antigen).
2. Globule roşii de oae.
3. Soluţie sărată fisiologică (9$^0/_{00}$).
4. Serul bolnavului de examinat.

Preparaţia antigenului. Autorii au întrebuinţat tot-d'auna cord uman. Cordul liber de grăsime şi spălat, pentru a ridica ori-ce urmă de sânge, e tăiat într'o maşină de tocat. Se strivesc apoi, 20 grame, într'un mojar, cu alcool absolut. Alcoolul trebue adăogat în mod gradat. Când s'au adăogat aproape 30 cm. c., volumul e ridicat la 100 cm. c., şi totul e trecut într'un flacon. şi scuturat bine. Flaconul e pus apoi într'o bae-marie la 60° c. pentru 2 ore, se lasă să stea după aceia 24 ore la T. camerei, după care se decantează lichidul care pluteşte d'asupra.

Extractul alcoolic preparat ast-fel, trebue păstrat într'un flacon bine astupat şi la adăpost de lumină.

Pentru întrebuinţare, antigenul trebue diluat cu soluţie de apă sărată; resultatul soluţiunei trebue să fie turbure. Mai 'nainte însă trebue determinată diluţia proprie (titrarea antigenului). Această probă se face cu un ser sifilitic cunoscut şi cu un ser nesifilitic. Se fac diferite diluţii de extract; şi e aleasă acea diluţiune care va opri emoliza cu serul sifilitic, însă care nu va avea nici un efect asupra serului nesifilitic.

Autoriii cred că la prepararea antigenului, strivirea cordului în mojar are o mare importanţă, căci în 2 cazuri unde au neglijat să ia această precauţiune, extractul a fost de o valoare mică sau negativă. De asemenea insistă că prepararea să fie făcută cu corduri luate mai mult de 24 ore după moarte, căci numai atunci titlul antigenului e mai ridicat şi 'şi păstrează valoarea timp mai îndelungat. In adevăr în 2 cazuri unde cordurile au fost luate de la necropsie, după 24 ore de la moarte, antigenele a fost bune şi 'şi au păstrat titlul timp îndelungat; în alte 2 cazuri unde cordurile au fost luate între 6—8 ore de la moarte, valoarea antigenelor a fost slabă şi deci neîntrebuinţabile. Extractele bune, trebuesc să 'şi păstreze proprietăţile de fixare timp de câte-va luni.

Globulele roşii de oae. Autorii şi le procură de la abator de 2 ori pe săptămână şi fac o soluţie de 5% în apă sărată, globulele fiind spălate şi defibrinate; soluţia ţinută la gheţar. Flaconul cu sânge trebue expus la aer şi agitat din timp în timp, pentru a reânoi oxigenul.

Dacă oare-care emoliză are loc, lichidul trebue înlocuit cu altul proaspăt. (E mai bine dacă se poate să avem la îndemână o oae de la care să scoatem sângele proaspăt pentru nevoile zilnice.)

Serul individului de examinat, poate fi obţinut de ori unde autorii; îl iau de la ureche. Aproape 1—2 cm. cubi e suficient. Il primesc în tuburi subţiri de sticlă astupate cu vată, şi'l pun la gheţar. Serul poate fi separat de chiag şi ţinut mult timp, de cât se dă de obicei. El îşi păstrează puterea omolitică timp considerabil; totuşi aceasta variază cu diferite seruri. Autorii au păstrat un ser, care după 10 zile le a dat o reacţiune clară; alte-ori însă, unele seruri şi au pierdut puterea emolitică după 2—3 zile

Proba. Tuburile sunt aşezate pe 3 rânduri pe un suport. Unitatea de măsură în general usitată de autori e 100 mm. cubi. Sunt adaogate soluţiunile următoare:

Tubul 1: 1 unitate ser de examinat, 1 unitate sol salină, 1 unitate antigen
„ 2: 1 unitate ser, 2 unit. antigen.
„ 3: 1 unitate ser, 2 unit. soluţie salină.

Tubul 3, serveşte ca martor. Tuburile sunt puse la etuvă la 37° C. pentru aproape 1 şi $^1/_2$ oră. După care timp sunt scoase şi se adaugă la fie-care tub, 1 unitate din soluţie de globule roşii 5%. Sunt din nou puse la etuvă până când emoliza are loc în tuburile martore.

Aceasta se face, cam între 10—30 minute. Tuburile sunt atunci puse la gheţar până când are loc sedimentarea globulelor neemolizate.

Se poate întrebuinţa şi o unitate mai mică, soluţiunile vor fi adăugate în aceiaşi proporţie. Autorii cred însă, că rezultatul e mai isbitor când unitatea e de 100 m. m. c., şi aceasta e mai avantajos pentru cazul când emoliza e mai slabă, pentru că rezultatul se poate citi mai cu uşurinţă.

Se pare, că cel mai propriu timp, pentru a face reacţiunea, e între 6—12 ore după scoaterea serului; acest timp permite chiagului să se retracte puternic şi dă un ser clar.

Interpretarea rezultatului. Rezultatul e considerat *positiv*, când nu e emoliza în 1-lea şi 2-lea tub, însă e emoliză in al 3-lea; *negativ* când e emoliză în toate trei tuburile. O urmă de emoliză în 1-ul tub, în timp ce al 2-lea rămâne neemolizat, poate fi considerat ca indicând un rezultat positiv. In cazuri pe cari autorii le-au urmărit de la începutul tratamentului, au notat că reacţiunea începe să dispară în timp.

Dacă va fi emoliză complectă în 1-ul tub şi neemoliza în al 2-lea, autorii consideră rezultatul ca negativ. Două-zeci de cazuri le-au dat acest rezultat: din acestia, 13 erau martore, 2 erau persoane căsătorite cu sifilitici, însă în aparenţă ele însăşi neafectate de maladie, 3 erau cazuri de vechi sifilitici cari fuseseră foarte bine traţaţi, cele-lalte 2 erau un caz de sifilis ereditar şi un suspect.

De alt-fel cu un individ de sigur nesifilitic, a cărui reacţiune a fost făcută în 9 rânduri diferite în o perioadă de 6 luni, un ast-fel de rezultat a fost obţinut de 2 ori. Levaditi consideră asemenea rezultat ca dubios.

Pentru a vedea dacă digestia are vre-un efect asupra puterei emolitice a serului; autorii au făcut reacţiunea cu un ser obţinut înainte şi cu unul obţinut după o mâncare copioasă.

In amândouă ocaziunile s'a obţinut emoliză completă.

Dacă nu e emoliză în 1-ul tub dar este emoliză în al 2-lea, a fost comisă o eroare şi proba trebue repetată.

Intr'un număr oare-care de seruri nu se obţine emoliză în toate 3 tuburile: Aceasta se datoreşte absenţei amboceptorului sau complementului. Din 338 de seruri examinate pentru prima oară, la 13 le lipsea puterea emolitică adică la 5.63 $^0/_0$.

Trei dintre aceste seruri erau vechi de peste o săptămână în momentul întrebuinţărei, şi dacă se scot acestea, rămân 4.73 $^0/_0$. In toate aceste cazuri în cari autorii au putut repeta reacţiunea, s'a putut obţine un rezultat definit, adăugând în ser normal proaspăt, care fusese prealabil încercat.

Rezultate	Negativ	Positiv
1. Sifilis tratatat şi netratat	113	28
2. Parasifilis	32	9
3. Sifilis suspect	10	26
4. Presupuşi nesifilitici	6	212

Cu privire la influenţa tratamentului asupra reacţiunei, cazurile următoare sunt interesante:

1 Bărbat (şancru dur) tratat cu inj. de 10 ctg. calomel, o dată pe săptămână. Serul a fost examinat în fie-care săptămână, sângele fiind luat înaintea injecţiunei. După a 4-a injecţiune se notează o emoliză parţială în 1-ul tub, şi după a 6-a injecţie, reacţie negativă în ambele tuburi. Din nenorocire bolnavul fiind pierdut din vedere, nu s'a putut stabili după ce interval reacţia a redevenit positivă.

In alte cazuri reacţiunea a fost negativă după 5 inj. de calomel, însă la unul din acestea, reacţiunea a redevenit positivă 2 luni mai târziu după o supendare a tratamentului.

Un bărbat cu un sifilis foarte sever, după 6 injecţiuni de oleu biiodurat, dă în 2 rânduri reacţie negativă. Două luni mai târziu după ce tratamentul fusese suspendat pentru 28 zile, rezultatul a fost positiv.

1 Bărbat care începe tratamentul, o lună după disparitia şancrului, dă reacţia positivă. După 13 injecţiuni a câte 5 ctg. calomel, se produce emoliză parţială în 1-ul tub.

Bărbat infectat de un an şi care a luat zilnic 3 pilule a câte 1 ctgr. de $Hg^2 Cl^2$. dă o reacţie positivă după ce luase 450 pilule din acestea.

In cazul unui bărbat infectat cu 20 ani înainte, şi care de curând avusese fenomene cerebrale, 12 injecţiuni de calomel nu pot face să dispară reacţiunea. Câţi-va alţi pacienţi traţaţi regulat cu pilule de $Hg^2 Cl^2$, dau rezultatele pozitive, mai mult de 30 de ani după infecţiune.

Un pacient, care timp de 20 de ani, a fost supus în fie-care an la tratament cu biiodur de mercur şi Joduri de Potasiu, în care timp are simptome de tabes frust (Argil-Robertson şi pierderea reflexului rotulian) a dat o reacţiune negativă.

Câţi-va observatori au publicat cazuri în cari un tratament energic cu oleu gris a făcut să dispară reacţiunea. In vederea unor rezultate aşa de variate, ca concluziuni putem trage cu privire la tratament?

Se pare că un tratament energic şi regulat, face să dispară reacţiunea în sifilisul primar şi secundar, aceasta nu impiedică dispariţia e definitivă, căci cu o întrerupere de tratament ea va reapare de sigur.

In sifilisurile de lungă dată, cu—sau fără simptome, se obţine adesea o reacţie positivă, în special în acele din cazuri, care au fost insuficient tratate; în asemenea cazuri e greu să se modifice reacţiunea prin tratament.

Se pare totuşi că dacă reacţiunea are vre-o valoare ca mijloc de regulare al tratamentului, trebue să facem să devie reacţiunea din positivă, negativă, şi să o menţimen negativă.

Tratamentul cu K. I. şi pilule mercuriale, chiar când a fost continuat mult timp, s'ă părut autorilor mai puţin eficace de cât injecţiunile cu calomel, oleu gris, etc.

Câte-va alte cazuri trebuesc menţionate:

O femee are un ochiu luxat de o tumoră a orbitei care microssopiceşte era un sarcom melanic. Trei luni mai târziu, revine la spital, plângându-se de o umflătură fluctuentă, aproape de mârimea unei $^1/_2$ coroane, pe partea anterioară a capului, şi care prezenta aspectu clinic al unei gome. Proba fu făcută cu fluidul extras prin puncţie din tumoră şi amestecat cu 1 unitate de ser normal proaspăt; rezultatul pozitiv. Serul ei de asemenea de reacţiune pozitivă. Pacienta avusese numeroase aborturi.

Un bărbat are o ulceraţie linguală diagnosticată ca sifilitică. Rezultatul a fost negativ de 6 ori cu diferite diluţiuni de antigen. Câte-va săptămâni mai târziu, ulceraţia ia caracterele unui neoplasm, cu prinderea ganglionilor, etc.

O femee măritată, cu ganglionii cervicali măriţi, are un ulcer profund pe limbă. In familie antecedente tuberculoase.

Cum soţul avusese altă dată o eroziune genitală, sifilisul fu bănuit. Ambii dau o reacţiune negativă. O proporţiune din ulcerul lingual, dupe operaţiune, examinată microscopiceşte, fu găsită de natură tuberculoasă.

O tânără femee cu diagnosticul clinic de limfo-sarcom al amigelalei, dădu de 2 ori reacţiune pozitivă. Puţine săptămâni mai târziu, ea revine cu accidente secundare bine marcate.

Lichidul cefalo-rachidian. Procedeul cu lichid cefalo-rachidian e acelaşi ca şi serul, afară dar că se întrebuinţează ca unitate 150 de mm. cubi. Trebue adăogată o unitate (100 mm. c.) de ser normal proaspăt pentru a suplea sistemul emolitic.

C. VASILESCU-POP

CH. NICOLLE. — **Reproduction experimentale du typhus exanthématique chez le singe.** (*C. R. A. S.* 12 Iulie 1909, No. 2). 1 cm.^{5} de sânge venos, luat de la un bolnav de typhus exantematic, a 3-a zi de infecţiune a fost inoculat unui chimpanzeu, care după o incubaţiune de 24 de zile, a prezentat un typhus exantematic tipic, de o durată febrilă de 7 zile, cu cachexie consecutivă.

Sânge de la acest chimpanzeu bolnav a fost inoculat unui macacus sinicus, rezultatul a fost iarăşi pozitiv.

Injecţiuni directe de la om la acest animal, au dat în tot-deauna rezultate negative, e nevoe prin urmare de o trecere prealabilă prin chimpenzeu pentru ca maladia să poată fi transmisă.

LALU

RAPPIN. — **Vaccination antituberculeuse des Bovidés.** *(C. R. A. S.* 9 August 1909). Autorul nu ne dă procedeul său; indică numai că a tratat cu soluţiuni de pluorură de sodiu baccili tuberculoşi (humani şi bovini) pe cari în urmă injectându-i intravenos, a obţinut rezultate sigure (citează 3 cazuri) de vaccinare antituberculoasă la bovidee.

LALU

J. ATHANASIU et A. GRADINESCO. — **Les capsules survénales et les échanges entre le sang et les tissus.** *(C. R. A. S.* 9 August 1909, No. 6). Autorii au arătat în o lucrare precedentă că circulaţiunile artificiale făcute cu lichidul lui Locke, determină în totdeauna o infiltraţiune a acestui lichid în ţesuturile injectate şi că numai adăugând acestui lichid de la $1/_{5000}$ până la $1/_{10\cdot000}$ Adrenalină, se poate împedeca această infiltraţiune.

Continuând cercetările lor asupra animalelor decapsulate, ajung la concluziunea că moartea acestor nnimale, e datorită unei lipse de schimburi între sânge şi ţesuturi. De fapt iată fenomenele observate de aceşti autori, în urma extirpărei bilaterale a capsulelor supra-renale la câini şi pisici: O mărire considerabilă a numărului globulelor roşii (trecerea plasmei din stânge, prin urmare o simplă concentrare) nici o modificaţiune în plasmă (fie prin cryoscopie, fie prin conductibilitate electrică). O micşorare progresivă a schimburilor respiratorii şi în fine o hypothermie din ce în ce mai pronunţată până la moartea animalelor. Din toate aceste, autorii conchid că endotheliul capilar al animalelor decapsulate, e inapt de a presida schimburile nutritive între sânge şi ţesuturi, şi că această incapacitate ar fi datorită, cum e mai mult ca probabil, lipsei de Adrenalină.

LALU

H. LABBÉ et G. VITRY. — **Contribution à l'etude d'indosé urinaire.** *(C. R. A. S.* 9 August 1906, No. 6). Urina normală conţine o proporţiune de aproape $30^0/_0$ de materii organice nedozabile (chiar în urma analizelor minuţioase) asupra cărora n'avem prin urmare, nici o cunoştinţă. Autorii ne spun că variaţiunea lor ar fi funcţiune de proteinele ingerate.

Urinele patologice au şi ele materii organice indozabile asupra coror suntem şi mai puţin fixaţi. Variaţiunelor lor pot fi şi mai capricioase.

Autorii ne dau câteva indicaţii asupra „indozatului urinar“ cum îl numesc la glicosurici şi la diabetici. Variaţiunile observate merg de la 2 gr. 80 până la 146 gr. 94, întrecând câteodată cantitatea de zahăr dozată.

Nu rămâne îndoială că cercetările împinse în această direcţie să nu ne dea noţiuni importante asupra schimburilor nutritive. Autorii ne promit că vor continua aceste interesante cercetări.

LALU

J. E. FLORENCE et P. CLEMENT. — **L'epreuve de l'ammoniurie expérimentale chez l'epileptique.** *(C. R. A. S.* 30 August 1909, No. 9). Epileptici fără tratament bromurat luând o cantitate de 10 până la 30 gr. de acetat de amoniac, prezintă accese epileptice mai dese şi urina lor conţine o mai mare cantitate de Az H^3.

Fie că metabolismul azotat e modificat la aceşti bolnavi (Insuficienţa hepatică, teoria lui Guidi) fie că sărurile de Az H^3 au o acţiune proprie asupra aptitudinei epileptice la această categorie de bolnavi, din experienţele autorului, rezultă că aceste săruri nu provoacă la omul normal sau chiar la epilepticii în tratament bromurat, o mărire a cantităţei de Az H^3 în urine.

LALU

v. DUNGERN und HIRSCHFELD. — **Ueber lokale allergetische Reaktionen gegenuber artfremden, artgleichem und individüumgleichem Hodengewebe nach speziffscher Vorbehandlung ünd bei trächiegen Tieren.** *(Zeitsche f. Immunitäts forschung. Orig. Bd. IV, No. 3).* Autorii injectează sub pielea urechi la iepuri (125 cazuri) cam $^1/_3$ gr. din testicule, luate aseptic, provenind dex la boi, iepure străin, sau chiar la animalul în experienţe; se produce o reacţiune locală, adesea chiar de la prima injecţie, care se traduce prin o tumefacţie locală mică, neânsemnztă, mergând până la o tumefacţie violentă, cu edem considerabil, reacţiunea începe 1—2 ore după injecţie, atinge maximul la 4—6 ore, şi dispare aproape totdeauna după 24 ore.

Prima injecţie dă rezultate variabile după indivdi, de remarcat că femeile gravide reacţionează mult mai violent decât bărbaţii; pe când însă aceste organe dau reacţi alergetice, ovarele, capsulele supra-renale. şi ţesuturile de embrioni de iepure dau reacţii foarte slabe sau nule, la femelele gravide.

Pe când în injecţiile repetate, se observa o reacţie mai puternică regulat cu testiculul de bou, aceasta nu s'a observat decât odată cu testiculul de iepure. Dacă se adaogă la injecţie de organ, un ser străin, schimbat la fie-care dată (cal, capră, câine, etc.) spre a elimina reacţiunile date chiar de ser, se observă o accentuare a reacţiunei.

Injecţiunile cu testicul de aceiaşi specie şi cu testiculul propru nu arată deosebiri.

DR BRUCKNER

IOSEF KYRLE. — **Beitrag zur kenntnis der Zwischenzellen des menschlichen Hoden.** *(Centralbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat. Bd.* No. 2. Relatează examenul microscopic al testiculelor unui copil de 4 ani mort de tuberculosă pulmonară. Pe când totalitatea ambilor testiculi arată o desvoltare incomplectă proporţională cu vârstă, canaliculele seminale fiind căptuşite cu unul cel mult două straturi de epiteliu, în jurul unui nodul de 1 mm. de ţesut interstiţial foarte bine desvoltat, se văd canalicule cu 4—5 rânduri de celule—deci capabile de spermatogenesă.

Arătând relaţiunea intimă ce există între aceste 2 sisteme, celule interstiţiale venind în contact direct cu peretele canalului, crede că poate conchide ca Plato, că ţesutul interstiţial au un *rol trofic*, şi că graţia lui, canaliculele seminale, şi deci epiteliile cari le tapisează ajung la maturitate.

DR. BRUCKNER

WALTER FISCHER. — **Ueber Fremdköperriesnzellen bei Amyloid der Milz.** *(Centralbl. f. Allgemeine Patholog. u. Path. Anat. Bd. XXI.* No. 2. Autorul regăseşte mai întâi în splina amiloidă a unei paciente netuberculoase, celule gigante, de tipul celor produse de corpi străini, cu mulţi nuclei (5 şi mai mulţi) bine colorate situate la un pol al celulei, şediul acestor celule e în veciuătatea imediată a amiloidului deci a foliculului lui Malpighi, intrând puţin în el, dar fără a face corp; nucleii sunt situaţi de obicei la polul opus amiloidului, în protoplasma acestor celule se găsesc mase hialine cari dau reacţiunea amiloidului.

Reluând studiul splinelor ameloide găseşte calule gigante în 9 cazuri din 16 examinate.

In definitiv el confirmă la om şi la amiloid generalizat spontaneu, faptele semnalate la amiloidul localizat la conjunctive, şi la cel experimental produs de

Krawkow, Davidsohn, Dautchakow, la iepuri cu injecţie de culturi de stafilococ auriu.

Cu toate că Lubarsch, Hanssen etc., au arătat că amiloidul introdus sub piele sau intraperitoneal la animale nu e resorbit, autorul făcând rezervele cuvenite, crede că aceste celule gigante au rol fagocitar şi că e posibilă până la un punct inglobarea şi distrugerea amiloidului prin ele.

DR. BRUCKNER

OSWALD SCHWARZ. — **Ueber einge Ausfllaserscheinungen nach Extirpation biender Nebennieren.** *(Wiener klin. Wochenschr.* No. 51 909). Condus de cercetările lui Wiesel, că şobolanii albi masculi adulţi, posedă lângă epididim o capsulă supra-renală aberantă, compusă exclusiv din ţesut cortical, încearcă extispaţia ambelor capsule suprarenale; cu toată lipsa de ţesut cromofin (mai bine cu cantitatea minimă de ţesut cromofin aberent) animalele trăesc indefinit, câştigând chiar în greutate.

Contrar cercetărilor lui Falte, injecţiile de floridzină produc glicosurie la aceste animale; ceva mai mult, dacă 1 gr. de floridzină la animale normale nu dă nici un accident, la şobolani capsulectomesaţi, flordzina produce accidente toxice, crampe tetanice, coma şi moarte; doza necesară e cu atât mai mică, cu cât se injectează mai departe de data operaţiei (48 ore de la operaţia 0,2, 8 zile numai 0,03 fl.); Aceste accidente pot fi înlăturate prin injecţii simultane de cantitate minimă de Adrenalina. Şobolani ast-fel operaţi nu mai au nici urme de glicogen în ficat sau în muschi, elimină foarte mult azot prin urină, şi tolerează ingestia de cantităţi enorme de carbohidraţi, fără de glicosurie; acestei stări autorul îi da numele de diabet negativ, spre a arăta puterea ce o au aceste animale capsuleotomizate de a arde hidratu de carbon, putere ce lipseşte la diabetici.

DR. BRUCKNER

W. FALTA und L. IVCOVIC.— **Ueber die Wirkungsweise des Adrenalins bei verschiedener Applikation und das Auftreten desselben in Harn.** (*Wiener klin. Wochenschr.* No. 51. 1909). Autorii după ce reamintesc că injecţia minimală de adrenalină sub piele sau intra peritoneal produce glecosurie, necrose locale şi chiar moartea animalului, arată că pe cale gastrică animalele pot suporta fără inconvenient dose de 20 de ori mai puternice şi mai mult poate şi fără ca mucoasa gastro-intestinală să arate modificări apreciabile, şi fără glicosurie.

Pe de altă parte, adrenalina injectată sub piele sau în vână, nu se regăseşte în urină, pe când administrată pe cale gastrică, se elimină prin rinichi şi poate fi regăsită în urină prin reacţia cu perclorur de fer, sau prin accidentele caracteristice ce produce la animalele noi cărora se injectează aceste urine.

Pentru explicarea faptului, autorii arată că sucurile gastro-intestinale pot distruge sau mai bine pot transforma in vitro adrenalina în un compus inofensiv care apoi când e introdus în cantitate mare, se poate elimina prin rinichi; cu ocazia eliminării, rinichiul dedublează compusul netoxic, punând în libertate adrenalina.

In fine, mai demonstră că şi mucoasa besicei urinare e foarte rezistentă la adrenalină, nearătând nici o modificare după un contact prelungit cu soluţie concentrată de această substanţă.

DR. BRUCKNER

ALBERT HERZ. **Beobachtungen bei der Serumbehandlung des Abdominaltyphus mit besonderer Berucksichtigung der Gruber-Widalschen Reaktion.** (*Wiener Klin. Wochenschr* No. 50, 1909). Incearcă serul fabricat de Kraus şi a cărui titru aglutinativ era de 1/10,000.

Rezultatele clinice foarte dubioase; remarcă însă că pe când la oamenii sănătoşi, sau atinşi de alte afecţiuni, injecţiunea subcutană de 20 cm.^{3} (200.000 uneilate aglutinativă), făcea ca serul acestor pacienţi să capete pentru 6—36 ore o putere aglutinantă de 1 : 30 — 1 : 60 maximum, la bolnavii atinşi de febră tifoidă, cu aglutinări nule sau foarte slabe, face să apară o aglutinare forte şi durabilă.

Aşa un caz care în a 11 zi de boală aglutina 1/50, după 20 cm.^{2} ser aglutina 1/200, timp de 5 zile, când o nouă injecţie ridică titrul la 1/400; un altul care aglutina în a 13 zi de maladie 1/50, aglutina după 20 cm.^{3} ser 1/300; în cazuri când aglutinarea era forte, 1/500, după 20 cm.^{3} ser, ajunge la 1/2500, aşa că serul poate fi întrebuinţat cu folos ca mijloc de diagnostic DR. BRUCKNER.

KRAUS, PÖTZL, RANZI şi EHRLICH. — **Asupra modului de a se comporta al eritrocitelor faţă de veninul de cobra, în stare normală şi în diferite stări patologice.** (*Wiener Klin. woch.* No. 29, 909). Din cercetările lui Kyes şi Sachs (1903) rezultă că nu există diferenţe apreciabile în sensibilitate hematiilor la veninul de cobra, după starea patologică a individului cercetat.

Rezultatele recente ale lui Hirschl şi Pötzl au arătat însă că hematiile provenite de la bolnavii atinşi de diverse psichose, prezintă o rezistenţă mai mare faţă de veninul de cobra de cât hematiile normale.

Aceste fapte au condus pe autorii acestui articol să cerceteze într'un număr mai mare de cazuri, sensibilitatea hemetiih faţă de veninul de cobra.

Rezultatele obţinut au fost următoarele:

I. Globulii roşii de şoareci inoculaţi cu carcinom prezintă o sensibilitate mai mică faţă de veninul de cobra de cât hematiile normale.

Globulii roşi de şobolani inoculaţi cu sarcom, prezintă din contra o sensibilitate mai mare faţă de aceiaşi substanţă, de cât globulii roşii normali.

Rezistenţa hemaţiilor faţă de veninul de cobra la aceste animale este de asemenea scăzută în tripanosomiază.

Aceste deosebiri între sângele normal şi cel patologic la şoareci şi şobolani există numai pentru veninul de cobra.

Sângele animalelor infectate cu cancer şi sarcom se comportă în adevăr faţă de hemotoxinele bacteriene la fel cu sângele normal.

II. La om, ca şi la animale, sângele spălat al carcinomatoşilor prezintă o rezistenţă mai mare cât sângele normal faţă de veninul de cobra.

De asemenea hematiile provenite de la indivizi atinşi de sarcom se hemolizează mai repede de cât hematile normale când sunt puse în contact cu veninul de cobra.

Această diferenţă între hematile carcinomatoşilor şi cele provenite de la sarcomatoşii nu este absolut constantă, de oare-ce într'un caz de sarcom testicular rezistenţa era mărită şi invers, într'un caz de carcinom stomacal, sensibilitatea hematiilor la veninul de cobra era augmentată.

Rezultă deci că, nu numai în psichoze, dar iacă şi în alte afecţiuni, rezistenţa globulilor roşii, la acţiunea hemolitică a veninului de cobra este schimbată.

DANIELOPOLU

H. PFEIFFER şi I. FINSTERER. — **Asupra existenţei în serul canceroşilor de o substanţă anafilactisantă.** *(Wien. klin. Woch.* 28, 909). Autorii au cercetat dacă serul unui individ atins de cancer poate anafilactiza în mod pasiv un animal pentru o emulsie formată de însuşi cancerul individului sau de alte tumori maligne.

Rezultatele au fost constant pozitive.

Injectând în peritoneuser de la o bolnavă cu cancer mamar la un cobai, căruia se inoculează după 48 de ore o emulsie de însuşi carcinomul extirpat de la bolnav, animalul prezintă fenomene de anafilaxie nete, consistând, mai ales într'o hipotermie marcată.

Din contră animalele neinjectate prealabil cu ser canceros, sau injectate cu ser normal de om, prezintau după injecţie de emulsie canceroasă o ascensiune termică.

Intinzând mai departe cercetările în această privinţă, autorii au constatat că serul provenit de la un individ atins de un carcinom rectal şi dela un altul cu un epiteliom al limbei, puteau să anafilactizeze în mod pasiv cobaiul pentru aceeaşi emulsie de carcinom (cancerul mamar care a servit în experienţa I).

Benignitatea ei malgnitatea tumorilor s'ar explica prin existenţa sau neexistenţa de aceste substanţe în sângele purtătorilor acestor tumori.

Dacă tumora poate provoca în organizm formaţiunea de anticorpă sensibilisanţi, extensiunea şi metastazele sunt posibile. Dacă din contră tumora n'are această proprietate, caracterele ei sunt benigne.

Aceşti anticorpi ar putea fi provocaţi, fie de albuminele tumorei cari în acest caz ar fi deosebite de substanţele albuminoide din restul organizmului, fie de un agent parazitar necunoscut, un microorganizm al neoplasiilor. DANIELOPOLU.

Neurologie şi psihiatrie

THOMAS et JUMENTIÉ. — **Sur la nature des troubles de la motililé dans les affections du cervelet.** *(Revue Neurologique,* No. 21, 1909). Din analiza cazului lor — apropiindu-l şi de observaţiile anterioare — autorii conchid că cerebelul este sursa variaţiunilor tonusului muscular, care asigură măsura şi regularitatea mişcărilor, restabilirea şi conservarea echilibrului. C. PARHON

RODIET et PANSIER. — **Rétrécissement du champ visuel et troubles de la vision des couleurs chez les paralitiques généraux.** *Journal de Neurologie.* No. 1, 1910. Autorii conchid că turburările de vedere sunt rare în paralizia generală şi greu de observat din cauza turburărilor mentale ale bolnavilor. Totuşi strâmtorarea câmpului vizual poate exista în prima perioadă, atunci când la oftalmoscop nu se constată nimic. Aproape tot-deauna, această strâmtorare e datorită unei intoxicaţii alcoolice cele mai adesea, sau sifilisului care a precedat sau care evoluează în acelaşi timp cu paralizia generală.

Cât pentru discromatopsie, prezenţa sa e rară în paralizia generală şi când există, nu prezintă nimic caracteristic. C. PARHON

G. BOUDET. — **Hémianopsie latérale homonyme droite. Perte du sens d'orientation. Ramollissement du lobe occipital gauche.** *(Revue Neurologique,* No. 21, 1909). Din studiul cazului său autorul conchide că destrucţiunea lobului occipital de o singură parte, poate să cauzeze pierderea complectă a simţului şi a memoriei de orientațiune asociată cu o hemianopsie laterală homonimă și fără o diminuare însemnată a inteligenței.

Leziunea în cazul acesta interesa cuneul și lobulul lingual precum și prima circomvoluție occipitală. A doua circomvoluție occipitală și partea posterioară a lobului fusiform erau de asemenea atinse deși mai puțin. C. PARHON

JEAN LÉPINE. — **Les nucleinate de soude et la leucothérapie ou therapeutique mentale.** *(Presse médicale,* No. 9, 1910). Autorul a încercat injecțiunile de nucleinat de sodiu în doză de 40 — 50 centigrame pentru o injecție în soluție apoasă de 2 — 5 % în 71 cazuri de boale mentale.

Acest medicament provoacă mai întâi o leucoliză însemnată, urmată de o leucocitoză intensă

Dăm în rezumat rezultatele autorului :

Diagnosticul	No. caz.	Vindec.	Ameliorare notabilă	Ameliorare ușoară	Fără rezultat	Agrav.	Moarte
Confuzie mentală	8	7	1	—	—	—	—
Demență precoce	13	—	—	4	9	—	—
Stări anxiose cu demență	3	—	—	—	3	—	
Deliruri la degenerați	9	1	3	4	1	—	—
Delir de persecuție	4	—	—	—	4	—	—
Epilepsie	4	—	—	—	3	1	—
Psihoză maniaco-depres.	13	8	2	1	2	—	—
Paralizie generală	17	—	—	1	8	5	3
Total . . .	71	16	6	10	30	6	3

In cazurile în cari debilitatea organismului e mare, injecțiunile pot fi urmate de o stare vecină cu colapsul. In cele cu tdndința la congestiuni riscul de a provoca ictusuri nu e exclus.

Ori cum ar fi, în unele psihoze rezultatele sunt evidente. Medicamentul ar lucra, deșteptând reacțiunile de apărare ale organizmului. Autorul e de părere că turburările mentale sunt în mare parte fenomene de anafilaxie și crede că terapeutica lor va trebui să fie o terapeutică biologică. C. PARHON

F. RAVENNA. — **Sulle gravi turbe vascmotorie degli emiplegici.** *(Rivista di patologia nervosa e mentale,* fasc. 1, 1910). O amănunțită observație anatomo-clinică a unui caz de emiplegie cu hemoragii multiple mai cu seamă articulare dar și în alte organe ca ganglioni limfatici, pleură etc., localizate aproape exclusiv de partea emiplegică. In creer o intensă leziune interesând atât capsula internă cât și nuclei de la bază. Centrii spinali ai simpaticului ca și ganglionii acestuia nu erau alterați, istologicește vorbind.

Autorii fac o expunere a stărei actuale a chestiunei și admit existența unor centrii vasomotori corticali de unde ar pleca fibre ce ar merge împreună cu cele sensitive și motrice în brațul posterior al capsulei interne trecând împreună cu acestea in fasciculul piramidal din partea opusă. Leziunilor acestor fibre s'ar datora turburările observate, C. PARHON

P. BIACH. — **Zur Kenntniss des Zentralnervensystems beim Mongolismus.** (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* Band 37, Heft 1—2, 1909) (După Rivista di pat. neraosa e ment. No. 1, 1910). Alteraţiunile microscopice constau pe de o parte într'o întârziere a desvoltărei celulelor nervoase în ce priveşte stratificaţiunea, forma şi structura lor mai cu seamă în scoarţa cerebrală.

O revenire atavică a dispoziţiunei elementelor nenvoase din bulb precum o demonstra mai cu seamă marea desvoltare a nucleilor laterali.

Alteraţiuni asemănătoare pot fi observate şi în idioţia microcefalică.

C. PARHON

M. KAUFFMANN. — **Ueber Atmenstörungen bei einem Fall von Stirnhirndefekt.** (Asupra turburărilor respiratorii într'un caz de leziune a lobilor frontali). (*Journal für Psychologie und Neurologie*. Bd. XII. H. 4, 1909 (In *Rivista di Patologia nervosa e mentale* No. 1, 1910). Un bărbat de 58 ani ce a suferit extirparea unei însemnate părţi din lobul frontal drept pentru o tumoare, prezenta în urma operaţiei turburări respiratorii însemnate constand în diminuarea schimburilor gazoase şi a prezenţei respiraţiunei cu tipul Cheyne-Stokes în timpul somnului.

Chiar după pauze respiratorii de 2 minute nu se observă de cât o minimă cianoză. Tensiunea sanguină diferă de partea dreaptă de cea din stânga.

Autorul admite ca probabilă o influenţă regulatoare pe care creerul şi în special lobii frontali ar exercita-o asupra centrilor automatici ai vieţei vegetative (din bulb) prin intermediul unei căi încă necunoscute.

C. PARHON

NOUE et TREPSAT. — **Aparition simultanée des sindrome catatonique et de l'Epilepsie chez la même malade.** (*Revue Neurologique* No. 23, 1909). Observaţiunea unei bolnave de 23 ani, prezentând în acelaş timp un sindrom catatonic tipic şi accese de epilepsie. Ultimele aduc cu ele o stare mentală trecătoare (impulsivitate). In intervale rămâne fondul catatonic.

Cazurile de asociaţiune a epilepsie au dement precoce, în cari accesele sunt relativ frecuente ca în cazul acesta (cam 30 pe an) sunt destul de rare şi merită a fi semnalate.

C. PARHON

NOUET et TREPSAT. — **Ulcérations trophiques chez un dément précoce catatonique.** (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. No. 5, 1909. Autorii admit o relaţiune între starea de stupoare catatonică şi ulceraţiunile ce se observă pe una din gambele bolnavului. Aceste ulceraţiuni ar fi precedate în general de vezicule pemfigoide evoluând ele înşile pe o regiune atinsă de aşa zisul pseudoedem. Patogenia intimă a acestor turburări nu e cunoscută. Turburările vazomatorii, gatismul, relele condiţiuni igienice pot avea partea lor.

C. PARHON

MAURICE DUCOSTÉ. — **Sur un cas de délire consécutif à des ictus.** (*L'Encéphale* No. 12). Autorul ne dă observaţia unui individ de 52 ani, normal până atunci şi care face brusc două icturi la trei zile de interval, urmate de turburări mintale şi pentru care a fost internat; de îndată se desvoltă un delir de persecuţie bazat pe interpretaţiuni delirante, întovărăşindu-se de câte-va turburări motorii şi de un deficit intelectual uşor. Căutând a face un diagnostic diferenţial, trece între altele, pe lângă paralizia generală, pe care o exclude cu prea multă uşurinţă, puncţia rachidiană ne fiind făcută. Autorul propune a se eticheta aceste accidente de „delir consecutiv la icturi.

Se pare în realitate, după cum reese şi din observaţie că era vorba de un paralitic general, care presintă paranoismul netaparalitic, descris de prof. Obregia, şi asupra căruia a insistat în mai multe rânduri. C. I. URECHIA.

G. DENY et RENÉ CHARPENTIER. — **Obsessions et Psychose maniaque-dépressive.** (*L'Encéphale* No. 12, 1909).

Incep prin a se aminti de existenţa obsesiunilor sau a stărilor obsedante în în cursul psichosei maniaco-depresive, semnalate deja de Kraepelin, Ballet, Dupré, etc.

Ne dau apoi patru observaţiuni în cari se văd: 1. Stări de depresiune melancolică, de melancolie anxioasă, mai rar de hipomanie cari prin caractere şi evoluţie, merită a fi puse în psihoza maniaco-depresivă sau psichoza periodică. 2. Accese de obsesiuni conştiente şi cari presintau toate caracterele atribuite de P. Janet, obsesiunilor psichastenice.

Se întreabă dacă în succesiunea şi alternanţa acestor stări morbide există o simplă coincidenţă, sau din contră aceste stări trebue considerate ca nişte sindrome, aparţinând la aceiaşi entitate clinică, care se manifestă când prin stări obsedante, când prin stări de depresiune şi excitaţie, când în fine prin asociaţia primelor cu a celor din urmă, demonstrând ast-fel că între ele nu există de cât o diferenţă de grad şi nu de natură.

Autorii conchid în favoarea unei apropieri între stările obsedante şi parosismele psichosei maniaco-depresive şi consideră crisele de obsesiune ca nişte echivalente simptomatice ale acceselor de manie sau de melancolie periodică.

TAUBERT. — **De l'indicanurie périodique dans la folie maniaque-dépressive.** (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* LXVI, 5, 1909).

E vorba de un bolnav bătrân şi de mult timp psihotic, care în timpul acceselor maniace excretă o mare cantitate de indican. Une-ori indicanuria precedă agitaţia, alte-ori agitaţia psichică precedă indicanuria, fără ca această indicanurie să poată fi combătută prin regimul făinos şi antisepsia intestinală.

Autorul crede că indicanuria este sub influenţa sistemului nervos central şi că indicanurie şi agitaţie au o causă comună. C. I. URECHIA.

GILBERT BALLET. — **La psychose périodique. Considérations nosologiques sur la manie.** (*L'Encéphale,* No. 12, 1909).

Autorul formulează conclusiunile următoare:

1. Casurile de manie (excitaţie maniacă sau manie acută) aparţin în marea majoritate psichosei periodice;
2. Un oare-care număr din casurile considerate, ca excitaţie maniacă la degeneraţi, sunt de sigur cazuri de psichosă periodică la debili;
3. Nu este stabilit că n'ar fi tot aşa, la cea mai mare parte din cazurile etichetate ast-fel;

4. Nu este imposibil ca sub influenţa surmenagiului, a oboselei, să poată surveni accese de manie, ce s'ar putea numi manie simplă. Insă, dacă aceste cazuri există, ele sunt foarte rare;

5. Din cea-ce precedă, decurge următoarea conclusie pronostică: când la un tânăr sau la o tânără, ne găsim în prezenţa unui acces de manie, se poate spune aproape cu siguranţă că bolnavul sau bolnava, va prezenta în urmă accese noi de manie sau melancolie.

C. I. URECHIA.

Oculistica

R. PIGNATARI. — **Teoria opsonică în raport cu oftalmologia.** (*Annali di oftalmogia* 1909 fasc. 6—10) Este o relaţiune în materie, resumând mai ales recentele lucrări ale profesorului Zur Nedden, a căror concluziuni sunt: opsoninele sângelui omului (sau animalului) neimunizat nu se află în mod normal în secreţiunea conjunctivală şi nici în părţile constituente ale ochiului ce n'au vase (cornea, umoare apoasă, cristalin, corp vitros). La inflamaţiunile conjunctivei opsoninele trec în secreţiunea conjunctivală cu atât mai activ cu cât mai acută este inflamaţiunea. Lichidul lacrimal şi secreţiunea dacriocistitei cronice nici odată nu conţin opsonine.

După paracenteza camerei anterioare opsoninele apar în mare cantitate în ţesutul corneal inflamat, cum se poate dovedi după cheratotomie în ulcerele serpiginoase. Intr'un ochiu sănătos paracenteza face să apară, dar numai pentru puţine oare, urme de opsonine în noul umor apos.

De asemenea în urma proceselor inflamatorii ale corneei, ale camerei anterioare, ale corpului vitros şi după injecţiuni subconjunctivale de soluţie concentrată de Na cl, se observă trecerea opsoninelor în camera anterioară, pe când stagnarea sângelui este fără acţiune.

Opsoninele sângelui normal trec în corpul vitros după repeţite puncţiuni în camera vitreă şi dispar după câte-va zile.

Inflamaţiunile vitrosului secundează trecerea substanţei opsonice, dar inflamaţiunile segmentului anterior nu ridică forţa opsonică a însuşi corpului vitros. Şi injecţiunile subconjunctivale clorurizate sunt tot fără acţiune.

In cristalin şi în inflamaţiunile virulente ale organelor vecine, opsoninele nu sunt demonstrabile.

Pentru a demonstra fagositoza, sunt destul de utili leucociţii secreţiunii conjunctivale gonoroice, foarte lichide şi proaspete; pe când acei de la dacriocistita purulentă, din puroiul corpului vitros şi din secreţiunea necrotică a unui ulcer corneal, sunt de obiceiu prea degeneraţi spre a putea ingloba microorganismi.

Microorganismii virulenţi sunt mai greu acsesibili la fagocitoză.

Efectul opsonic depinde de specii; aşa diplobacilul Morax-Axenfeld e uşor de fagocitat, apoi şi pneumococul şi streptococul. Trecerea opsoninelor în secreţiunea conjunctivală şi în părţi oculare nevascularizate să face după legi bine definite, ceea ce este important pentru tratarea infecţiunilor. G. C.

G. PASETTI. — **Oftalmia fotoelectrică.** Este o revistă istorică şi publicarea a 6 observaţiuni proprii, în cari mai mult s'a ocupat de câmpul vizual şi sensul cromatic, pe care l'a examinat după metoda profesorului său Guaita (disci giranţi);

examen care nu permite celui lezat nici o simulaţiune, deci eşte important in privinţa diagnosticului, medicinei legale. etc. Ca tratament autorul recomandă ochilari tare afumaţi, alţii au recomandat ochilari galbini, prof. Schulek ochilari spoiţi cu o soluţiune de trifenilmentan în xilol (85°/o) care opresc toate razele ultraviolete, fără a diminua intensitatea luminoasă, etc.

G. C.

A. CASALI. — **Limfangioendotelioma tecii nervului optic.** Citează observaţiunile din trecut, la care mai adaogă şi autorul una, interesantă pentru difuziunea tumoarei la muschii motori şi la globul ocular. 6 figuri reuşite contribuesc la explicări.

G. C.

R. PIGNATARI. — **Combinaţiunile organice ale argintului-protargolul-argirolul şi sofolu-în terapia oculară.** Esie această lucrare o teză a autorului pentru diploma de perfecţionare în oculistică. Pe 76 pagini dă rezultatul experienţelor şi cercetările sale, precum şi o mulţime de observaţiuni clinice şi conchide că: soluţiunile celor 3 preparate de argint să nu se prepare calde, căci se oxidează proteina şi soluţiunea devine iritantă. Alterându-se uşor la lumină, să se conserve în sticle galbine, cea de sofol în neagră. Nu sunt astringente nici caustice şi nici emostatice, au proprietate anticoagulantă de sânge. Protoplazma celulară vie să escită întâi de către ele, apoi se paralizează, şi sunt compatibile cu viaţa protoplarmei celulare în următoarea proporţie: angirol 1 : 200.000, protargolul 1 : 512.000, şi sifolul 1 : 180.850. Protargolul e un bun bactericid, căci 1 : 10.000 împiedică dezvoltarea *Friedländerului* şi a streptococului, pe când din argirol şi sofol trebue în acest scop 1 : 5.000 şi 1 : 3.330. *In vitro* ele măresc indicele opsonic şi opsoninele. Ele nu coagulează albumina, deci pătrund mai bine în conjunctivă şi sunt mai antiseptice de cât nitratul. Argirolul şi sofolul sunt mai puţini activi de cât protargolul în forme catarale grave, dar sunt indicate în conjunctivitele complicate de leziuni corneale.

La ipertofii papilare trebueşte nitrat de argint. Preparatele de argint nu pot fi întrebuinţate mult timp, căci produc argiroză.

G. C.

G. RICCHI. — **Valutaţiunea leziunilor oculare în accidente.** Cea mai serioasă discuţiune asupra acestei chestiuni, după autor — s'a făcut la al 10-lea congres oculistic internaţional din Lucerna (1904), de aceea el redă în prezenta lucrarea principiile atunci anunţate şi anume; în privinţa agerimei vederii (diagram, formală) vederii binoculare, afachiei, acomodaţiunii, leziunilor muschilor estrinseci, alteraţiunilor câmpului vizual, oftalmiei simpatice, stărei anterioare şi în fine a tratamentului şi actelor operatoare.

G. C.

N. SCALINCI. — **Coroidită recidivantă şi miopie progresivă la persoane uricem ce.** Pentru cea dintâiu dă 4 observaţiuni clinice cu explicaţiunile lor; iar pentru cea de-a 2-a dă 8, asemenea observaţiuni din mai multe ce a observat

G. C.

A. VITERBI. — **Ectopie congenitală a cristalinului.** Un caz observat şi pus în comparaţiune cu altele din literatură.

G. C.

E. CECHETO. — **Acidul picric în tratamentul ulcerului sespiginos.** Zece cazuri, dintre cari 7 prezentau pneumococul la examenul bacteriologc. Toate cazurile s'au vindecat cu instilaţiuni de atropină şi pomadă cu acid picric 2%.

G. C.

E. CECHETO. — **Corpurile tracomului.** Lucrarea se bazează pe preparate peste 100 de cazuri din diferite perioade ale boalei şi mai ales iniţiale şi recidivale. Constant aceste corpuri îşi asumă în preparat pe contul lor propriu o coloare *azur-pură*, care pentru ochiul exercitat e uşor de recunoscut. Observările sale sunt în concordanţă cu ale lui Clausen.

G. C.

O. ORLANDINI. — **Despre unele forme ale strabismului.** Publică 52 de observaţiuni de strabizm, în care diminuarea sau suspendarea funcţionării ochiului deviat e mai ales provenită din diferite maladii ale membranelor profunde sau a mediilor transparente (corneă, cristalin sau vitros). Tenotomia drepţilor a dat în genere rezultate satisfăcătoare, dar în unele cazuri nici aceasta, nici alte metode n'au avut nici cel mai mic rezultat.

G. C.

L. MONEZI. — **Un caz de pemfig ocular.** Bulele de pe conjuctivă au provocat leziuni şi pe comcă. Istologiceşte se văd alteraţiuni datorite procésului de xeroză

G. C.

Fr. MOTOLESC. — **Acidul picric în terapia oculară.** Tezăă de lilieră docenţă în patologia şi clinica oculistică. Pe 173 de pagini dă o mulţime de experienţe şi cercetări, apoi 134 observaţiuni. Concluziuni despre acidul picric: are putere astrugentă, mare difusibilitate, e bactericidi, soluţia apoasă nu prea este iritantă; e antiseptic, repară perderile de substanţă ale corneei; e bun la blefarite, în conjunctivite blenoragice e mai puţin activ de cât preparatele de argint, dar e indicat când sunt şi complicaţii corneale, e specific în conj, pseudo-membranoase, e bun în ulcerele corneei, în cherato-ipopion şi în arsuri şi plăgi oculare.

G. C.

MORUX, FAVA şi BURNIER.—**Sporotrichoza aparatului vizual** *Annales d'oculistique. 1909 Mai — Octobre*, publică cazuri de sporotrichosă fie pe pleope fie pe conjunctivă. Figuri frumoase ilustrează cazurile. Leziuni foliculare acompaniata de pete galbene rău limitate, adenopathie manifestă. Diagnostic uşor prin însămânţarea produsului din răsătura de pe pată sau din ulceraţie, tuburile plasate la o temperatură de la 20—37°. Tratament K, I,

G. C.

CH. ROCHE. — **Cataractă electrică**, este al 6-lea care s'a publicat până acuma în literatură, din cari numai unul şi al său al 2-lea a fost supus operaţiunii (extracţii) şi cu bun rezultat. Descărcarea electrică într'o uzină de tramvae, ce a cauzat catracta, s'a făcut de un curent de 75 ampere cu o tensiune de 5.000 de volţi. Opacitatea a fost mai mult a capsulei, iar celulele epiteliale de subt cristaloida anterioară crede că au fost sediul unei proliferări extreme.

G. C.

S. MARTIN. — **Exoftalmie intermitentă (varicocel al orbitei).** Sunt peste 40 de cazuri de asemenea natură. In cazul său exoftamul se provoacă printr'un mecanism de congestiune venoasă, prin inclinarea capului său prin congestiunea jugularei, eforturi, tusă, etc, ca tratament: unde e tumoare — extipare, injecţie de perclorur de fier, de ser gelatinos, electroliză.

FAGE. — **Terminarea tuberculozei irisului.** Injecţiile de tuberculină promit cel mai bun rezultat. Din peste o sută de cazuri, în unele s'a efectuat vindecare spontaneă, în altele atrofia globului ocular, apoi în altele perforarea globului ocular cu fung exterior şi în fine propagarea la meninge sau la alte organe ale economiei

G. C.

BEAUVOIS.—**Scriere dreaptă şi scriere plecată.** Autorul este pentru formula *Sand:* scriere dreaptă pe hârtie dreaptă, corp drept; mai ales pentru cursul elementar şi secundar. Dar igiena oculară a scoalelor şi în special profilaxia miopiei nu se cuprinde toată în chestiunea scrierii.

Luminatul claselor, dispoziţiunea mobilierului, tiparul cărţilor şi metodele de învăţământ sunt tot aşa de importante. Corecţiunea anomaliilor de refracţie, deci inspectarea elevilor de către oculist să se facă sistematic.

C. C.

OPIN. — **Nevrită optică în meningită tuberculoasă.** La un copil mort de meningită tuberculoasă şi la care oftalmoscopul n'a relevat ceva anormal. Secţii în serie din nervul optic au denotat în regiunea retrobulbară un edem caracteristic localizat mai ales în trama nevroglică, crede edemul provocat de cauză tocsică, cum crede şi Elsching.

G. C.

DUPUY-DUTEMPS. — **Absenţa frecuentă a stasei papilare faţă de ipertensiunea cefalorachidiană în meningita tuberculoasă.** A observat acesstă în 9 cazuri şi crede că edemul e pur mecanic, datorit stazei venoase, deci e contra teoriei inflamatorii a stazei papilare. Antonelli e pentru această din urmă, el crede în papilită tocsi-infecţioasă.

G. C.

E. VALUDE. — **Neuro-fibrom al orbitei desvoltat pe socoteala nervului frontal.** Un caz foarte rar, în care tumoarea din orbită a interesat nervul frontal extern sau supra-orbitar în parcursul său prin cavitatea orbitară, şi fiind că sensibilitatea frontalului intern n'a fost interesată, urmează că tumoarea nu s'a urcat până la trunchiul principal al nervului frontal.

G. C.

L. WECKERS. — **Anatomie patologică a ulcerului corneen cu diplobacilul Morax Axenfeld.** Bulbul ochiului unui pacient de 39 de ani, mort de ipertrofia cordului, avea pe toată jumătatea inferioară a corneei o ulceraţiune. Diplobacilul s'a găsit în secreţiunea conjunctivei şi a ulcerului. Secţiuni în sens sagital colorate cu ematoxilină eozină. Exudatul se compune din leucocite, mai ales polinucleare învelite în fibrină.

Epitelul corneau lipsește; pe fața externă a membranei Bowman ici-colea celule epitaliale amesticate cu leucocite (pe fig. 2-a.

Numita membrană e distrusă pe toată întinderea ulcerului, ca și bandelele corneei. Infiltrația celulară (leucoctite) din ulcer ea locul lamelor, și ea se vede și în țesutul corneei neulcerate încă. Și membrana Descemen lipsește pe unde infiltrațiunea profundă este considerabilă, și în locul ei sunt celule endoteliale amestecate cu leucocite. Camera anterioară îngustată, jos ipopiu compus mai ales din leucocit polinucleare. Irisul și corpul ciliar arată puțină infiltrațiune celulară, în iris mici grupe de pigmentt

— Secțiunile colorate su albastrul Unna permit a recunoaște diplobacilul.

G. C.

H. TRUC. — **Un caz de lepră oculo-cutanată vindecată, la un nesifilitic prin injecțiuni intravenoase de cianur de mercur.** Plăci cutanate pe frunte, rădăcina nasului și dinapoi a urechii stângi, puțin ridicate, galbini-roșcate, sepia, la frunte cât o linte, celelalte de 2—3 ori mai mari. Ochiul stâng cu cherato-irită, după vre-o 5 ani a trebuit să fie enucleat. Oftalmo-reacțiunea negativă. Apoi a început înbolnăvirea ochiului drept. La fie-care 2 zile câte o injecție intravenoasă de cianur de mercur dė 0,01 și 0,02 (vro 15) care în câte-va luni a dat o vindecare complectă. Examenul istologic și bacteriologic al plăcii retroauriculare au confirmat diagnosticul (bacilul lui Hansen). G. C.

MOTAIS. — **Tratamentul oftalmiilor noilor născuți.** In loc de procedeul lui Credé cu nitrat de argint 2% autorul întrebuințează inofensivul protargol în soluție de 20%, adică 1 la 5, ar putea fi întrebuințat și de către moașe. G. C.

C. CABANNES. — **Trepanațiunea la tumori cerebrale cu stază papilară sau cu nevrită optică.** Intr'un caz după trepanare și scoaterea tumoarei (psamom) vederea s'a ameliorat de la numerarea degetelor de la 1.5 m. la 3.5 m. precum s accesele epileptiforme s'au rărit, ca și cefaleele, vertigele, vărsăturile, etc. G. C.

RICCHI. — **Paralizia perechii a VI-a după rachinovocainizare.** O femee de 66 de ani primește o injecțiune intrarachidienă de 2 c. c. și ½ dintr'o soluțiune de novocaină 4% și după 2 zile se ivește un strabism paralitic al ochiului drept, cu geam roșu constatându-se o paralizie a dreptului extern al ochiului drept. Autorul crede în natura toxică a paraliziei, de și dintre anestezice poate că novocaina este cea mai puțint toxică.

G. C.

BEAUVOIS. — **Tracoma și emigrarea.** Autorul nu crede că aglomerarea tracomatoșilor ar constitui un pericol mare pentru populațiunea parisienă. Cei mai mulți granuloși ce se găsesc la Paris sunt emigranți din Palestina, Siria, Asia mică, România, Rusia de sud și Italia, care vrând a emigra în America, întâmpină dificultăți din partea legislației severe, deci ocupă în Paris mai ales cuartierul al 3-lea și 4-lea. Nu par a fi molipsit pe cei dimprejurul lor, fiind o imunitate de rasă (Bine ar fi.)

G. C.

R. BÉAL. — **Emoragie retinienă, edem retinien şi atrofie optică prin compresiunea toracelui şi a gâtului.** Un copil de 14 ani e prins de şorţ şi haine de de axa unei maşini de transmisiune şi strâns cu gâtul şi toracele de acsă, pe care hainele să făcuseră ghem în dreptul pieptului şi noroc a fost că cureaua a sărit de pe roata acsei. Echimose considerabile pe faţă, pleope, conjunctive şi gât, contusii pe torace şi pe coaste. La o săptămână după accident la ochiul drept: reflecsul luminos dispărut, arterele papilare extrem de înguste, venele uşor dilatate, edem retinien şi subretinien; macula ca o pată roşie (tromboza arteriei centrale), aproape de maculă, emoragie retiniană de 5—6 mm. lungime şi 3 lăţime, numără degetele la 50 cm. Ochiul stâng a fost orb vro 2 ore după accident, apoi i-a revenit vederea. Ochiul drept şi după $^{1}/_{2}$ an a rămas cu aceaşi vedere slabă, din causa atrofiei optice (papila albă).

G. C.

VAN DUYSE şi DENOBELE. — **Sarcom al orbitei vindecat prin radioterapie.** Dacă un sarcon al orbitei nu este radiosensibil, ori când mai e timp pentru ablaţiunea lui. La un copil de 15 ani un sarcom endotelial al orbitei cu metastase cutanate, era exulcerat şi sângera *en nappe* de repetate ori; tumoarea începuse de 9 ani a se forma. Iradiţiune de 10 minute, în timp de o lună—12 şedinţe. Vindecare.

G. C.

ABADIE — **Sclerectomie şi iridectomie la glaucom.** Reluând observaţiunile publicate de Lagrange, susţine că pênă aci L. n'a adus dovada că vindecă glaucomul cronic simplu prin sclerectomie şi că glaucomele vindecate, fie numai prin sclerectomie sau prin iridosclerectomie, ar fi fost tot ast-fel vindecate prin iridectomie, operaţiune mai simplă, mai uşoară, mai puţin periculoasă, care şi-a făcut proba în toată lumea de mai bine de 50 de ani.

G. C.

SULZER. — **Profilaxia tracomului,** Are o parte istorică, apoi repartiţia geografică a boalei, contagiunea ei, şi în fine profilaxia. Zice: O ţară mare n'are frică de a reimbarca pur şi simplu pe imigranţi atinşi de tracom şi aşa boala mai rar se lăţeşte. E de dorit ca această chestiune să fie regulată prin înţelegerea internaţională. Toate ţările au luat măsri de vre-o 20 de ani încoace de a combate tracomul care şeade pretutindeni, chiar şi în Egipt, ţara clasică a tracomului. Transilvănenii ungurii se duc la seceri̦şi în Germania, şi aci autorităţile îi acuză că răspândesc tracomul, iar doctorii unguri cred a obsrva că ei iau boala din Germania. (Aceleaşi credinţe ca şi faţă de noi. Refer.)

G. C.

F. CHAILLOUS.— **Conjuctivita foliculară la adult.** Nici foliculita cronică de mai multe luni a copiilor şi a adolescenţilor şi nici pe cea acută de 15 zile până la 2 luni, nu are aci în vedere, ci pe a adulţilor; 2 casuri ce a observat au fost foarte severe, nodule voluminoase în fundul de sac inferior şi altele mici pe conjuctiva tarsiană superioară, fenomene iritative accentuate.

Un caz a durat 2 ani; în al 2-lea caz reacţiunea de apărare a conjunctivei a fost foarte intenză, în stratul ei adenoid, subt influinţa unei infecţiuni foarte virulente, ca şi când ar fi provocat-o specii-microbiene a unor abcese.

G. C.

M. TRONCOSO. — **Filtraţiunea în ochiul viu şi natura veritabilă a canalului Schlemm.** Prin mai multe experienţe manometrice şi cercetări pe iepuraşi constată că excreţiunea oculară este foarte variabilă la diferiţi indivizi; şi ea variază după presiunea intraoculară; apoi că cea mai mare parte a umorului apos iesă prin canalul Schlemm şi numai o mică parte se reab-soarbe de către vasele feţei anterioare a irisului. Canalul Schlemm în stare normală nu conţine sânge, cum au crezut mulţi, ei moare apoasă aproape pură. G. C.

A. ORESTE. — **Infecţiunile corneene în general şi ulcerul cu diplobacil Petit în special.** Din 22 cazuri de ulcere corneene examinate au fost datorite: 4 pneumococului, 2 bacilului Wecks, bacilului conjunctivitei subacute, 1 gonococului, 1 streptococului şi 4 bacilului licuefiant Petit. Dă pe larg observaţiunile ultimelor 4 şi a altor 4 ale lui Morax. O încercare de inoculare a acestui bacil pe un pacinent cu strabizm a rămas negativă, adică n'a produs nici o reacţiune inflamatorie. G. C.

Pediatrie

FINDLAY, FUA u. NOEGGERATH. — **Ist der hämolytische Komplementgehalt des Blutserums ein Mas der Säuglingskonstitution?** (Proporţia de complement hemolitic a serului sanguin este oare în legătură cu felul de constituţie al sugaciului? *Jahrb. f. Kinderh.* Dec. 1909). Dintr'o serie de cercetări conştiincioase cu o tecnică perfecţionată, autorii trag concluzii cari se pot rezuma în modul următor:

1. Cercetările anterioare ale lui Moro sunt pasibile de numeroase obiecţiuni, tecnica acestui autor fiind defectuoasă.

2. Hipoteza lui Pfaun cum că proporţia de complement hemolytic e paralelă cu puterea de reacţiune faţă de alimentaţie, nu s'a verificat în majoritatea cazurilor.

3. In realitate, proporţia de complement hemolitic creşte cu vârsta sugaciului. Acest fapt e în concordanţă cu creşterea proporţiei de amboceptori, constatată de numeroşi autori: crescând în vârstă, animalul tânăr capătă din ce în ce mai mult facultatea de a forma substanţe imunisane. GR. JACOBSON

FREUD. — **Zur Pathologie der Längenwachstums bei Säuglingen, und über das Waehstum debiler Kinder.** (Despre patologia creşterei în lungime a sugacilor şi despre creşterea copiilor debili). *Jahrb. f. Kinderh.* Dec. 1909. Această lucrare conţine un material de observaţii foarte bogat. Autorul nu trage însă concluzii ferme din observaţiile sale, din care cauză memoriul se poate cu greu rezuma. Se vede însă din graficele expuse că există o independenţă destul de mare între curbele creşterei şi ale greutăţei. D. ex., în infecţiunile uşoare, în turburările gastro-intestinale de scurtă durată curba greutăţilor este influenţată: greutatea scade pentru a reveni mai târziu la normală, pe când curba creşterii în lungime nu pare influenţată. Din contra, în turburările grave ale nutriţiunei de cauză infecţioasă se observă o adevărată oprire a creşterei.

Disociaţiunea curbelor de greutate şi de creştere a permis lui Variot de a deosebi o atrofie ponderală şi o atrofie staturală: autorul crede că această deosebire nu e justificată.

Autorul a mai observat un alt fapt interesant: creşterea în lungime în cele prime 6 luni, exprimată în procent din lungimea corpului la naştere, este cu atât mai însemnată cu cât copilul era mai scurt. D. ex. Noii născuţi până la 4 cm., cresc cu vre-o 28.1%. Noii născuţi de la 46 până la 50 cm., cresc cu vre-o 25.2%. Nouii născuţi peste 50 cm. cresc cu vre-o 22.5%.

GR. JACOBSON

NOBÉCOURT et VOISIN. — **L'appareil cardio-vasculaire dans les nephrites de l'enfance.** *Arch. de med. des Enf.* Dec. 1909. Autorii urmăresc la 12 copii (9 nefrite acute şi 3 nefrite cronice), presiunea arterială, varietăţile matităţei precordiale, sgomotul de galop, dimensiunile ficatului, greutatea şi oedemele.

Din aceste cercetări rezultă că în cursul nefritelor acute ale copiilor, simptomele cardio-vasculare consistă mai cu seamă în dilataţiunea cordului şi augmentaţia presiunei arteriale; în mod accesoriu în existenţa unui sgomot de galop şi augmentaţia de volum a ficatului. Aceste fenomene coexistă adeseori, nu însă totdeauna, cu o augmentaţie de greutate a corpului şi cu œdeme cu sediu variabil. Aceste œdeme sunt esenţialmente transitorii şi trec uşor neobservate.

In cursul nefritelor cronice aceleaşi accidente se produc cu prilegiul unui epsod inflamatoriu acut sau a unei boale intercurente. Cu timpul dilataţiunea poate deveni permanentă şi se poate însoţi cu un oare-care grad de hipertrofie a cordului.

GR. JACOBSON

VILA ORTIZ. — **Babeurre et Maladie de Barlow.** *(Arch. de Med. des Enf.* Dec. 1909). Autorul crede că s'a exagerat cu accidentele ce se pot atribui babeurrului. In particular pentru dânsul febra de babeurre e datorită unei indigestii şi citează 2 cazuri în cari a fost aşa. Autorul ignorează cu totul literatura chestiunei pe care o cunoaşte numai după resumate. Citează un caz de maladia lui Barlow, consecutivă administraţiunei babeurrului, însă a unui babeurre prea fiert.

E dealtmintrelea contestabil că babeurrul să fie cauza unică a stărei morbide de oare-ce accidentele au apărut 10 zile după începerea alimentaţiei cu babeurre şi bolnavul fusese alimentat până atunci cu alte specialităţi americane.

GR. JACOBSON

1. COMBY. — **Anorexie nerveuse.** Fapt clinic. *(Arch de Med. des Enf.* Dec. 1909.

2. CAFFERATA. — **Contribution à la litterature du mongolisme.** Fapt clinic. *(Arch. de Med. des Enf.* Dec. 1909.)

3. HARTER. — **Un caz de cardiopathie congénitale.** Fapt clinic şi anatomic. *(Arch. de Med. des Enf.* Dec. 1909). E vorba de un caz banal de strictură pulmonară cu persistenţa orificiului lui Botal şi lipsa septului interventricular lui Pelvet.

4. COMBY. — **La pleurésie purulente chez les nouveau-nés.** (Scurtă revistă generală după teza lui Gayet). *(Arch. de Med. des Enf.* Dec. 1909). Semnele fizice nu diferă de ce se observă la sugacii mai în vârstă dar de obicei nu se gândeşte nimeni la posibilitatea unei pleuresii purulente şi de aceea de obicei pleuresiile la noii născuţi sunt surprize de autopsie. Tratamentul constă în pleurotomia cu resecţie costală.

GR. JACOBSON

MEYER. — **Die Bedeutung der Mineralsalze bei den Ernährungsstörungen des Säuglings.** (Rolul sărurilor minerale în turburările nutritive ale sugacilor). *Jahrb. f Kinderh.* Vol. 71, p. 1. Rezumat al unei foarte interesante conferinţe ţinute la Salzburg.

Autorul începe prin a reaminti necesitatea absolută a unor săruri pentru animale şi vegetale. Reaminteşte asemenea unele fapte foarte curioase anume că unele săruri pot fi toxice fie-care în parte pentru unele animale marine, pe când amestecul lor în anumită proporţiune este absolut inofensiv. E vorba de o adevărată desintoxicaţie în care $NaCl$ joacă rolul de substanţă toxică pe când substanţele ca Magnesium şi Baryum, toxice, joacă rolul de contra-otravă.

Ionii cari joacă mai adese-ori un rol în procesele antagonistice ale organismului sunt ionii Na, K şi Ca. D. ex. contractilitatea muşchilor şi a cordului este o funcţiune a ionilor Na. Pentru excitabilitatea musculară ionii Na sunt necesari de vreme ce cathionii polivalenţi scad excitabilitatea nervilor. In organism ionii sunt mai totdeauna combinaţi astfel că acţiunile lor să se compenseze şi că rezultatul final să fie cel mai potrivit funcţiunilor organice (soluţia lui Ringer, apa de mare, serum sanguin etc.,) In general creşterea concentraţiunei în Na augmentează excitabilitatea pe când creşterea sărurilor de Ca o scad.

Rolul sărurilor minerale este considerabil în organism: ele intervin în procesele de labificaţie, de bactericidie, de aglutinaţie, de cataliză etc. In fine sărurile determină acţiunile osmotice în organism şi nu ne putem închipui un processus în organismul în viaţă în care să nu intervină vre-o acţiune osmotică.

Sărurile minerale trebuincioase sugaciului se găsesc în laptele de femee. Cu toate că după unii autori cantitatea de calciu din acest lapte poate fi, în unele inprejurări neîndestulător pentru sugacii cari, atunci, suferă de *pseudo-rachiism* prin insuficienţă de calciu în oase, Şi nu e demonstrat până azi că se poate mări calciul din lapte administrându-l doicilor per os.

Unii autori au emis ipoteza că diferenţa capitală între laptele de vacă şi cel de femee este o deosebire de presiune osmotică. Faptul e inexact. Presiunea osmotică nu diferă simţitor. De altmintrelea s'au consemnat numeroase insuccese cu laptele de vacă diluat isotonic cu laptele de femee, şi numeroase succese cu Babeurre sau supă de malţ a căror tensiune osmatică diferă foarte mult de ceea a laptelui de femee. Nici după numărul ionilor liberi nu se poate aprecia valoarea unui aliment, după cum vrea să facă Koeppe.

Autorul admite împreună cu Finkelstein şi cu elevii săi că diferenţa principală în acţiunea laptelui de femee şi de vacă constă în *diferinţele zărurilor* acestor 2 feluri de lapte. Reaminteşte cercetările sale personale în cari alimenta copiii cu zăr de femee şi celelalte elemente din laptele de vacă şi viceversa. Răspunde criticilor făcute de Koeppe acestor experienţe, şi face cunoscut că într'o nouă serie de experienţe în cari a ţinut socoteală de observaţiunile lui Koeppe, a ajuns la aceleaşi rezultate.

Autorul arată că procesele de resorpţiune nu se comportă exact după legile osmozei, de oare-ce intervine aci acţiunea vitală a elementelor celulare. Autorul vorbeşte în scurt de retenţiunile de săruri în alimentaţia la sân şi în alimentaţia cu lapte de vacă şi arată că retenţiunea de săruri calculată în % sărurilor ingerate e mult mai perfectă cu laptele de femee de cât cu cel de vacă. Dar sărurile fiind mult mai abundente în laptele de vacă, ca rezultat final, cu laptele de vacă se fixează o mai mare cantitate de săruri. Aceste rezultate se raportă însă numai la cercetări de scurtă durată: ar trebui cercetări de cel puţin o lună pentru a trage concluzii sigure.

Sărurile reţinute sunt de sigur indispensabile în fenomenele de contracţiune musculară şi de excitabilitate nervoasă. Dar ceea-ce e *demonstrat* în mod incontestabil pentru sugaci este rolul lor asupra *greutăţei, temperaturei* şi *pulsului.*

Primul punct este influenţa sărurilor asupra greutăţei. E vorba de variaţiuni în raport cu retenţiunea şi eliminările de apă. E uşor de a demonstra această influenţă dacă administrăm unui sugaci doze descrescânde sau crescânde de săruri, lăsând alimentaţia invariabilă. Se observă imediat o scădere de greutate în raport cu scăderea sărurilor şi vice-versa.

Rolul de regulaţiune al apei aparţine în primul rând *chlorurelor,* şi mai cu seamă chlorurului de Na. Când $Na\,Cl$ este adăogat alimentelor în proporţia soluţiunei fiziologice (0.75$^0/_0$) creşterea de greutate este extraordinară.

Dar această acţiune este ea datorită ionului Cl?

Autorul arată că dacă se înlocueşte cathonul Na prin K sau Ca, augmentaţia în greutate se opreşte. Din contra cu carbonat de sodiu, cu fosfat de sodiu, cu bromur de sodiu, greutatea creşte deşi mai puţin ca cu $Na\,Cl$. Prin urmare retenţiunea de apă e o funcţiune a cathionului Na, şi aceasta poate fi mai tare sau mai slabă după cum de Na se alipeşte cutare sau cutare anion.

Din potrivă ionii K şi Ca sau nu influenţează curba greutăţilor, sau provoacă o scădere de greutate.

Punctul al 2-lea examinat de autor este relaţia intimă ce există între introducerea de substanţe minerale în organism şi regulaţiunea căldurei corpului: extragerea de săruri provoacă la copilul sănătos o scădere de temperatură, pe când introducerea în organism de soluţii saline potrivite se tradue printr'o creştere de temperatură.

Acţiunea pirogenă a soluţiunei fiziologice de $Na\,Cl$ a fost mai întâi descrisă de Schaps şi cu toate că nu e constantă, e admisă azi de generalitatea autorilor.

Autorul arată discuţiunile ce s'au ivit cu prilejul experienţelor lui Schaps: problema pare atât de complexă, în cât nu se poate afirma cu siguranţă că e vorba de o febră de sare.

Autorul împreună cu Schloss a provocat ridicări de temperatură prin introducerea per os de ioni Na. Soluţii de 2—3 gr. p. 100 gr. apă de $Na\,Cl$ de $Na\,Br$ sau de $Na\,I$ provoacă prin ingestiune, reacţiuni thermice caracteristice. Combinaţiunile ne halogene ale sodiului au o acţiune piretogenă neînsemnată.

Acţiunea ionilor K este neconstantă: uneori determină ridicări de temperatură, altă dată scăderi. Din potrivă, sărurile de Ca au o acţiune manifest *apyrogenă*, une-ori până la Collaps (Schloss).

Prin urmare se observă şi aici acţiunea antagonistă a sărurilor de Na şi de Ca pentru greutate. Aceste acţiuni nu sunt accidentale. Pe de altă parte e evident că febra nu provine dintr'o infecţiune intestinală favorizată de acţiunea iritativă a soluţiunilor de sare asupra mucoasei. E vorba de o *acţiune specifică a sărei;* o probă fără obiecţiune este că Davidsohn a putut obţine ridicări de temperatură prin injecţie intravenoasă de sare. Şi nu e vorba de o alteraţiune a tensiunei *osmotice*, ci de o acţiune specifică *ionică* şi în special *kationică*.

Ca fenomene datorite sărurilor, autorul mai menţionează o *încetinare a pulsului*, corespunzătoare cu scăderea de temperatură, în urma administraţiunei de săruri de calciu şi o *leucocitoză polinucleară* în raport cu ridicările de temperatură.

Rămâne acum a arăta ce rol joacă schimburile minerale în stările patologice.

Autorul reaminteşte cercetările lui *Moll* care arată că urina sugaciului sănătos aproape nu conţine fosfate. Acestea apar în turburările nutriţiunei şi când aceste turburări sunt profunde, excreţiunea de fosfaţi continuă cu toată dieta.

Schimburile de apă şi de săruri joacă un rol capital în stidiale de *viciare a bilanţului* de *intoxicaţie* şi de *decompoziţie* ale lui Finkelstein. Autorul intră în detaliuri în cari nu putem să-l urmărim; arată rolul substanţelor grase asupra resorpţiunei sărurilor în diferitele faze ale turburărilor nutriţiunei; rolul dificitului de săruri în diferite simptome ca încetinarea pulsului, ridicările saŭ scăderile de temperatură etc.

E de notat în special următoarea observaţie: Aceleaşi substanţe minerale cari lucrează pirogen în doze mari (3 gr. *Na cl* la 100 gr. apă) la sugaciul normal, provoacă o ridicare de temperatură la sugaciul atins de turburări ale nutriţiunei deja în doze mici (1 gr. de ex.) Ast-fel că trebue ţinut socoteală de aceasta, când administrăm copiilor cu turburări nutritive soluţiuni saline, bulion de legumă sau supa de carote lui Moro.

In turburările datorite exceselor de făinuri în alimentaţie (mehlnährsehaden) se întâmplă următoarele: Se ştie că fainurile au o mare influenţă asupra retenţiunei de apă, şi prin urmare de săruri în organism. Organismul devine prea hidremic şi lichidele organice sunt diluate la exces; de unde suferinţă a sistemului muscular (hipertonie). Pe de altă parte cea mai mică turburare nutritivă se traduce prin perderi colosale de apă.

In forma atrofică a turburărilor prin exces de făinuri e posibil ca să fie în cauză o lipsă excesivă de săruri: toate ţesuturile sunt în suferinţă şi lipsă de *Cl* în particular poate avea ca consecinţă supresiunea secreţiunei de *H Cl* în stomac.

GR. JACOBSON

KOLFF. u. NOEGGERATH. — **Uber die Komplemente der Frauenmilch.** (Despre complementele în laptele de femeie). *Jahrb. f. Kinderh.* Dec. 1909. Din foarte numeroase cercetări personale autorii trag următoarele conclusii: nici laptele de femee nici colostrul nu conţin cantităţi apreciabile de complement fie hemolytic fie bactericid. Urmele, dealtmintrelea foarte inconstante, de complement hemolitic observate în laptele de femee, sunt insuficiente pentru a servi de bază unor teorii fiziologice asupra schimburilor nutritive.

GR. JACOBSON

LIBRAIRIE FRANÇAISE H. KOHN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA LIBRAIRIE de „l'Indépendance Roumaine
CALEA VICTORIEI— PASSAGE ROUMAIN, 19.— BUCAREST
TÉLÉPHNE 25/83.

Livres de Médecine en vente:

	Lei
Dr. Grashey: *Atlas de Radiographie de l'homme normal*	22.—
Dr. Branca: *Précis d'histologie.*	13.20
Drs. Achard et Loeper: *Précis d'anatomie pathologique*	13.20
Dr. Besson: *Technique microbiologique et sérothérapique*	16.—
Drs. Claude et Camus: *Précis de Pathologie générale*	13.20
Brouardel et Gilbert: *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de* **M. M. A. Gilbert et L. Thoinot,**	
Terrien: *Précis d'ophtalmologie.*	13.20
Marfan et Apert: *Précis des maladies des enfants*	11.—
Bibl. de thérapeutique *sous la direction de M. M. A. Gilbert et Carnot; ont paru:* **Kinésithérapie; Mécanothérapie; Médicaments microbiennes; Maladies cutanées et maladies vénériennes.** *D'autres volumes sont en préparation*	
Herzen: *Guide formulaire de Thérapeutique*	11.—
Manquat: *Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie 2 vol.*	24.—
Forgue: *Précis de Pathologie externe, 2 vol.*	24.20
Courmont: *Précis de pathologie générale*	13.20
Collet: *Précis de pathologie interne, 2 vol.*	17.60
Testut: *Précis d'anatomie descriptive*	10.—
Maygrier: *Precis d'obstétrique*	13.80
etc., etc., etc.	

La librairie se charge de procurer dans le plus bref délai et dans les conditions les plus avantageuses tout ouvrage qu'elle n'aurait pas en magasin.

Les nouveautés en Médecine sont mises en vente le jour même de leur apparition à Paris.

La porte plume à réservoir „ONOTO“ le meilleur, à remplissage instantané et automatique, est très utile pour Messieurs les Médecins.

EN VENTE À LA LIBRAIRE FRANÇAISE

ABONNEMENTS AUX REVUES MÉDICALES

Abonnements à la Revue „Viața Românească“

Anul VI, No. 3 Martie 1910. Volumul I.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. G. STĂNCULEANU şi D. MIHAIL

Conjunctivita Granuloasă

(Trahomul)

Definiţia Conjunctivitei granuloase

Autorii moderni se servesc pentru a evita confusiunea de preferinţă de termenul trahom (τραχυς = aspru).

O definiţie riguros ştiinţifică a trahomului nu a fost dată până astă-zi, iar din cele existente: o parte sunt bazate pe simptomele clinice ale acestei maladii, iar altă parte pe aspectul ei anatomo-patologic.

Ast-fel Saemisch spune că: trahomul este o maladie cronică a conjunctivei, care duce la formarea de cicatrice.

Goldzieher pe de altă parte definind trahomul din punct de vedere histo-patologic spune că: este o inflamaţiune proliferativă a păturei vasculare a conjunctivei, în care infiltraţia celulară perivasculară este dispusă sub formă difuză şi mai ales sub formă de granuloame nodulare.

Istoricul Conjunctivitei granuloase

Trahomul este cunoscut în Europa încă din antichitate.

Hippocrat recomanda contra conjunctivitei granuloase masagiul cu lână de Melesia şi presăra apoi un preparat de cupru. Celsiu descriind în operile sale această maladie o numeşte „aspritudo“ indicându-i prin aceasta caracterul ei clinic caracteristic, iar *Pliniu cel tânăr* o numeşte „lippitudo“ voind să-i pună în evidenţă mai ales caracterul ei contagios.

După autorii care s'au ocupat cu istoricul trahomului, extensiunea sa universală ar putea fi atribuită la următoarele 3 cauze:

1. *Invazia musulmanilor*, care ar fi contribuit la întinderea trahomului în Nordul Africei, în Peninsula Iberică, Sicilia, Provenţa, iar în spre Orient până la coastele Chinei şi arhipelagul Sondei.

2. *Expediţiile popoarelor navigatorii din Peninsula Iberică*, cari ar fi dus trahomul în America de Sud, şi în fine,

3. *Migraţiunile evreilor*, prin a căror răzleţire ar fi luat naştere focarele izolate de trahom ale Europei şi ale restului lumei.

La aceste 3 cauze de extensiune, cari până astă-zi par a nu fi contestate, o mare parte din autori au mai adăogat în ultimele 2 secole şi o a 4-a cauză cu mult mai discutată şi anume:

4. *Expediţia din Egipt a lui Napoleon.* După aceşti autori, armatele napoleoniene din Egipt după ce s'au îmbolnăvit de trahom s'au întors în Europa unde ar fi jucat un rol dintre cele mai de căpetenie în producerea unei întinse epidemii de conjunctivită granuloasă.

Din cercetările mai recente însă, reiese că Europa era infectată de trahom cu mult înaintea expediţiei napoleoniene şi mai ales în Nordul ei, de unde chiar ar fi luat naştere multe epidemii. Cu toate acestea expediţia din Egipt a fost un factor necontestat pentru extensiunea conjunctivitei granuloase. Armatele franceze şi engleze întorcându-se din Egipt în toate porturile şi regiunile ce le vizitează izbucnesc epidemii de conjunctivită granuloasă. Această afecţiune a fost supranumită atunci oftalmia de Egipt sau oftalmia militară. Armatele prusiană, austriacă, şi rusă au fost contaminate.

In afară de expediţiunea Egipteană, războaele napoleoniene au avut de efect să ajute la extinderea trahomului prin enormele deplasări de trupe ce se făceau şi prin trecerea armatelor printr'o regiune infectată, de unde îşi făceau recruţi.

In România se vorbeşte pentru prima oară de epidemie de trahom la 1862, când s'a făcut un schimb de trupe între Iaşi şi Galaţi, dar este probabil, după cum observă prof. Felix, că trahomul exista încă dinainte în Moldova şi că a fost importat din Rusia şi Galiţia prin evrei emigraţi.

Repartiţia geografică a Conjunctivitei granuloase

In *Europa* în general ţările care mărginesc Mediterana sunt infectate din timpuri imemorabile şi cu deosebire ţările de la Sudul ei. Aceste ţări apoi sunt mai infectate către ţărmurile lor mediteraneene de cât către centru. Din toate ţările mediteraneene cea mai puţin infectată pare că este *Franţa,* totuşi are şi ea 2 focare însemnate şi anume: unul spre Mediterana, iar altul spre Nord. *Belgia* a fost şi este încă unul din cele mai puternice focare de trahom. *Elveţia* exceptând cazurile izolate, este lipsită de trahom. *Germania* are 2 focare intense şi anume: unul mai puţin intens format de: Westfalia, provinciile renane, şi regatul Hanovrei, iar altul extrem de intens aşezat la răsăritul Prusiei. *Austria* are în întregime un mare număr de trahomatoşi. *Ungaria* prezintă 4 focare importante şi anume: primul ocupă valea Dravei, al 2-lea este aşezat între Dunăre şi Tisa, al 3-lea e situat în Transilvania d'alungul frontierei române şi în fine al 4-lea şi cel mai intens este situat la Nordul Carpaţilor ungureşti, în continuitate cu marele focar al Europei de Nord. *Rusia* participă prin provinciile poloneze şi baltice la marele focar trahomatos al Nordului Europei, iar pe de altă parte prezintă în mod endemic de foarte de demult trahomul în Crimea şi Basarabia. *România* prezintă un mare focar trahomatos în Moldova, format mai ales de judeţele Dorohoi, Botoşani, Suceava, Iaşi, Bacău şi Vaslui. Majoritatea trahomatoşilor din acest focar îl formează populaţiunea evreiască. In fine trahomul mai este foarte răspândit şi în judeţele: Mehedinţi, Ilfov, Ialomiţa, precum şi în Dobrogea, şi în special la tătarii şi armenii veniţi din Asia.

In *Asia* trahomul de asemenea are o foarte mare extindere şi îl vedem în *Siberia* unde este în legătură cu focarul din Nordul Europei. De asemenea este extrem de răspândit în *China* şi mai ales în *Japonia*.

In *Africa* este întins, mai ales d'alungul coastelor nordice.

In *America de Nord* este foarte răspândit mai ales în *Statele-Unite* şi cu deosebire d'alungul fluviului Misisipi. In această regiune Negrii par a fi mai puţin atinşi de trahom, dar în schimb Pieile Roşii îl au foarte des. In *Canada* trahomul are o extensiune mai moderată.

In *America de Sud* coastele oceanice sunt foarte mult infectate, exceptând *Bolivia*. *Brazilia* în special este cu deosebire infectată.

Cercetări statistice asupra Conjunctivitei granuloase în România

O adevărată statistică a bolnavilor atinşi de conjunctivită granuloasă *nu există în România*. S'a făcut însă numai statistica bolnavilor cari au venit să ceară consultațiuni prin spitale sau pe la medicii oficiali.

Ast-fel după statistica prof. Felix, se constată că în anul 1895 erau 2178 granuloși dintre cari 789 evrei. In anul 1896 numărul granuloșilor era de 3699 dintre cari 1252 evrei. In 1897 numărul granuloșilor se ridică la 3794 dintre cari 1592 evrei. La acest din urmă an dacă adăogăm numărul de 860 granuloși din spitalele militare și 120 aflați în spitalele și infirmeriile ordinare, ajungem la cifra de 4780. Din numărul de 3794 civili, 1888 erau din comunele urbane, iar restul de 1906 din comunele rurale.

După statisticele făcute de prof. Obreja pe anii 1898—1904, s'a constatat că în termen mediu vin anual la consultațiuni un număr de 3023 granuloși. Din acest număr aparțin Moldovei 2031, iar Munteniei 992. Din aceștia s'au internat anual în spitale un număr de 500.

In 1907 numărul granuloșilor prezentați la consultațiuni se ridică la 2457 dintre cari 716 au fost internați în spitale.

După cercetările noastre personale făcute pe anii 1906, 1907, și 1908 s'au prezentat la spitalul Colțea în 1906 un număr de 420 granuloși, din care s'au primit la pat 144, adică $^1/_4$-a;

In 1907 s'au prezentat 850 granuloși și s'au primit 170, ceea ce face $^1/_5$-a.

In 1908 s'au prezentat 347 granuloși din cari s'au primit 120 adică $^1/_3$-a.

Numărul cel mic de bolnavi primiți se explică prin faptul că în serviciul clinicei oftalmologice din București, nu avem de cât 10 paturi, pentru conjunctivita granuloasă. Granuloșii primiți în spital, din această cauză, nu au putut să stea de cât câte 15 zile, în termen mediu. Or, este nevoe de cel puțin 2—3 luni pentru a vindeca un granulos, afară de cazurile cu complicații corneene, cari au nevoe de un tratament mai îndelungat. Din această cauză cei mai mulți au plecat incomplect vindecați.

Dr. Felix, fostul director al serv. sanitar, în cercetările sale, semnalează un număr de 7550 orbi și crede că o mare parte din aceștia ar fi fost atinși de trahom.

Contra numărului mare și crescând al bolnavilor de conjunctivită granuloasă s'au luat măsuri de remediere prin diferite legi sanitare. Ast-fel prin legea sanitară din 22 Mai 1898 se ordonă izolarea unui bolnav granulos; se ordonă administrațiunilor comunale şi judeţene să-şi complecteze spitalele prin crearea de locale bine separate de spitalele existente sau de spitale osebite pentru boalele infecţioase şi în special pentru conj. granuloasă.

Tot prin legi sanitare s'a ordonat examinarea călătorilor ce sosesc în porturile noastre; s'a ordonat inspecţii şcolare pentru examinarea elevilor, etc.

Prin art. XXI al regulamentului sanitar se prevăd conferinţe pentru medici, în scopul familiarizărei cu conj. granuloasă şi tratamentul ei.

Aceste conferinţe nu au fost urmate de cât de un număr foarte restrâns de medici, pe când în Prusia orientală la aceste conferinţe au fost prezenţi peste 250 medici.

In Noembrie 1894 consiliul sanitar superior, publică un număr de instrucţii populare contra trahomului.

Serviciul sanitar al armatei române a luat în timpurile din urmă măsuri energice pentru a împiedeca răspândirea conjunctivitei granuloase prin înfiinţarea a două infirmerii la Teiş şi Frumoasa pentru izolarea şi tratarea soldaţilor granuloşi.

Etiologia conjunctivitei granuloase

Una din chestiunile cele mai discutate în oftalmologie, mai ales, în timpurile din urmă a fost chestiunea etiologiei trahomului care deseori s'a crezut că este definitiv rezolvată, dar care rămâne încă nelămurită. Şi de oare-ce numărul cercetătorilor în această direcţiune este destul de numeros şi cum pe de altă parte concluziunile la care ei au ajuns sunt tot atât de variate, credem că este necesar să le grupăm pentru o mai bună sistemă în modul următor:

I. **O primă categorie de autori** nu admit specificitatea trahomului. Intre aceştia cităm pe Gromakowsky, după care trahomul s'ar produce în urma iritaţiunilor prelungite de tot felul (pulveri, etc.) cărora din timp în timp li se adaogă şi factorul infecţiunilor secundare.

Muttermilch admite că trahomul nu este o maladie aparte şi că n'ar fi de cât o urmare a inflamaţiuuilor cronice ale conjunctivei, iar microbii inflamaţiunilor acute supra-adăogate ar juca rolul cel mai principal; în cât după el, indicaţia terapeutică cea mai raţională ar fi să ne îngrijim mai întâi de ameliorarea stărei generale a bolnavului.

In fine o categorie de autori sunt de părere că trahomul trebue clasificat între maladiile cu caracter discrazic.

O a 2-a categorie de cercetători admite specificitatea morbidă a trahomului, fără însă a se pronunţa asupra naturei germenului său patogen şi inzistă în special asupra asociaţiunilor microbiene secundare, cărora le atribue rolul principal în geneza stărei acute a trahomului, iar trahomul în evoluţia sa normală ar începe şi s'ar termina în mod tacit. Microbii infecţiunilor secundare pe care acești cercetători i-au studiat cu multă minuţiozitate nu pot da naştere prin ei însăşi conjunctivitei granuloase, ori-cât de mult timp ar lucra asupra conjunctivei; în schimb însă ar putea favoriza infecţiunea trahomatoasă.

Morax în cercetările sale făcute în Egipt în 1901 asupra trahomului a găsit de cele mai multe ori asociaţi în formele acute din lunile Aprilie şi Mai bacilii lui Koch-Weeks, iar în lunile Iunie şi Iulie gonococul. Volaro în urma cercetărilor sale făcute în acelaş sens, conchide că asociaţiunea microbiană cea mai frecventă este aceia a diplobacilor, iar Gasparini indică diplococii.

După cât se vede, chiar această chestiune a asociaţiunilor microbiene secundare a dat naştere la opiniunile cele mai contradictorii.

Părerile acestei categorii de cercetători le împărtăşeşte şi Fuchs şi Axenfeld.

III. O a 3-ia categorie de cercetători s'au găsit îndreptăţiţi să creadă că ar fi descoperit agentul patogen specific al acestei maladii; însă cum felul paraziţilor găsiţi de ei este destul de variat, putem grupa acești paraziţi în următoarele categorii:

1. *Coci.* Michel studiind o epidemie de conjunctivită granuloasă a găsit stafilococi cari semănau cu gonococii, dar cari luau Gram. Sattler a găsit de asemenea coci pe cari inoculându-i pe conjunctiva normală scarificată a unui om a obţinut foliculi.

2. *Bacili.* Müller a găsit în conjunctivita granuloasă mici bacili, cari după toate proprietăţile lor erau bacilii influenţei.

Luersen a încercat chiar să inoculeze culturile acestui bacil la 3 indivizi, dar nu a obţinut nici un rezultat. Ceva mai mult, acești bacili nu au putut fi găsiţi în cazurile recente de trahom şi din contră au fost întâlniţi şi în alte maladii.

Schongolovicz a găsit de asemenea un bacil mic, căruia îi atribue un rol specific.

3. *Incluzii.* Von Krüdener a găsit în celulele mari ale foliculilor trahomatoşi nişte incluzii, cărora din cauza mişcărilor lor moleculare le-a atribuit un rol parazitar.

Leber însă a găsit aceleaşi incluzii şi în celulele conjunctivei normale.

4. *Forme parazitare variate.* Elze ar fi găsit în trahom penicillium. Santucci în 18 cazuri de trahom, dintre cari 2 acute, netratate ar fi găsit la suprafaţa conjunctivei mai ales streptotrix şi crede că genul actinomyces ar putea să joace un rol considerabil în etiologia diverselor forme de trahom.

5. *Forme parazitare ultra-microscopice.* Raehlman a găsit prin ajutorul ultra-microscopului nişte bacili cu forma de pişcot, animaţi de mişcări proprii cât timp secreţia este încă proaspătă. Indată ce însă secreţia se răceşte, ei încetează de a se mai mişca, şi îşi reiau imediat mişcările când continuăm a încălzi secreţia în care ei se găsesc. De aceşti bacili autorul se întreabă dacă nu cumva sunt identici cu bacilul lui Müller.

Pfeiffer şi Kuhnt declară însă că ei nu pot admite existenţa paraziţilor ultra-microscopici în trahom de oare-ce filtratul produselor trahomoatoase fiind inoculat pe o conjunctivă normală nu produce nimic.

Axenfeld însă le obiectează că acest raţionament nu se împacă cu realitatea faptelor, căci dese ori secreţiunea chiar nefiltrată a unui granulos, inoculată pe o conjunctivă normală, nu dă trahom.

6. *Corpusculii lui Frowaczek.* In anul 1907 Halberstädter şi Prowaczek au publicat rezultatul cercetărilor făcute de ei în insula Java asupra chestiunei etiologiei trahomului. In cercetările lor ei au raclat cu o lamă de sticlă suprafaţă conjunctivelor trahomatoase şi au întins secreţiunea ast-fel obţinută pe alte lame, în tocmai ca pentru preparatele de sânge, şi după colorarea cu soluţia lui Giemsa au găsit în preparatele lor două feluri de corpusculi şi anume:

a) O primă categorie de corpusculi, extra sau intra-epiteliali, aşezaţi în mod difuz, sau grupaţi câte mai mulţi la un loc, sau numai câte doi, în diplo, coloraţi în violet închis şi fără de înveliş.

b) O a doua categorie de corpusculi, mai voluminoşi, coloraţi tot în violet închis, având forme variate, coafând de regulă nucleul celulelor epiteliale şi având un înveliş de plastină colorat în albastru. Aceste din urmă corpuscule, mici la început, devin cu timpul din ce în ce mai mari şi iau aspectul unor mure. In cele din urmă ele se dezagregă începând de la centru, iar finele lor granulaţiuni se răspândesc în toată întinderea protoplasmei celulelor epiteliale. Aceste granulaţiuni puse ast-fel în libertate se înmulţesc prin diviziune şi iau aspectul diplococilor. Când înmulţirea lor a atins un grad destul de înaintat, ele ies afară din protoplasma celulelor epiteliale şi liberate ast-fel pot fi transportate pe diverse obiecte şi să dea o nouă infecţiune.

Din cauza învelişului de plastină pe care îl prezintă această a doua categorie de corpusculi, Prowaczek a clasificat aceşti paraziţi între chlamidozoare. Mai în urmă el a găsit aceiaşi corpusculi intraepiteliali şi în secreţia provenind de la trahomul experimental al maimuţei, dar s'a ferit să stabilească o identitate între trahomul uman şi cel experimental al maimuţei şi a afirmat numai că: prin inoculaţie se produce o mutaţie a capacităţei paraziţilor. cari îşi schimbă proprietăţile lor biologice. Ca concluzie a tutulor acestor cercetări ale sale, Prowaczek declară că: trahomul este o afecţiune epitelială, iar că formaţiunea de foliculi este secundară.

Greeff făcând cercetări microscopice asupra trahomului din Posen, Berlin, Königsberg şi Westfalia, declară de asemenea că a găsit în protoplasma epiteliilor conjunctivale din trahomul incipient nişte formaţiuni rotunde, mai mici de cât cei mai mici coci, colorabile în violet închis prin soluţia Giemsa, dar cari nu se colorează de cât foarte greŭ prin culorile de anilină şi de loc prin procedeul Gram. In stadiile mai tardive ale maladiei aceste formaţiuni s'ar prezenta sub aspectul de mase acoperite de un înveliş.

Aceste corpuscule spune autorul că nu trebuesc să fie confundate cu granulaţiunile eosinofile.

Clausen din Berlin făcând şi el aceleaşi cercetări a găsit de asemenea corpusculi, pe cari s'a încercat să-i cultive, fără însă a putea obţine vre-un rezultat. Mai adaogă apoi că trebue să diferenţiem celulele cu corpusculi de fagocitele lui Leber.

A. Leber a găsit şi el corpusculii lui Prowaczek în 90°/₀ din cazurile de trahom din Austria, declară însă că nu pot fi găsiţi de cât în cazurile recente, netratate, căci în cazurile tratate prin diverse cauterizări (SO^4Cu), paraziţii dispar din epitelii, ducându-se în profunzime, unde pot prezenta în interiorul ţesuturilor aspectul streptococilor şi pot fi luate de către leucocite. In fine Leber spune că le-ar fi găsit chiar în interiorul globulelor roşii de sânge.

Krüdener în Rusia a găsit de asemenea acești corpusculi.

Mijaschita controlând în Japonia rezultatele lui Prowaczek le-a găsit pozitive și inzistă asupra strânsei relațiuni ce există între corpusculi și nucleul celulelor epiteliale. Spune de asemenea că ar fi găsit și alte forme asemănătoare, forme pe cari însă le consideră ca degenereșcențe nucleare sau ca degenereșcențe hialine ale protoplasmei epiteliilor conjunctivale.

Urmărind în fine corpusculii, atât înaintea cât și în urma tratamentului, găsește că ei dispar după mai multe zile de tratament.

Kiribucki și Myajima cred că corpusculii nu sunt de cât rezultatul unor carionecroze.

Bertarelli ajunge la concluzia că corpusculii, cari se prezintă sub aspecte atât de variate nu reprezintă în realitate de cât niște produse de degenerescență și trebuesc considerate ca forme cariolitice sau carioretice. Găsește în adevăr că aceste forme sunt mai numeroase în trahom, dar mai spune că le-ar fi găsit și în alte forme morbide.

Herzog din Berlin a pus de asemenea în evidență corpusculii trahomului din celulele epiteliale atât în secrețiuni cât și în biopsiile colorate cu hematoxilina Heidenhain. Arată însă că corpusculii subepiteliali descriși de di Santo nu există în realitate, iar ceea ce el a descris ca atare n'ar fi de cât sfărâmaturi de nuclei și granulațiuni ale celulelor plasmatice. Corpusculii trahomului pe cari i-a găsit el sunt reprezentați prin niște forme alungite, înconjurate de o zonă clară. Prin diviziune aceste forme s'ar transforma în corpusculi cari prin grupare ar lua aspectul caracteristic de calotă al corpusculilor lui Prowaczek și ar coafa nucleul epitelial.

Chestiunea etiologiei trahomului a fost foarte mult discutată și în secțiunea oftalmologică a Congresului de la Budapesta din 1909.

Ast-fel Bruno Heymann din Breslau stabilește că atât Prowaczek cât și Greeff au descris 2 forme de corpusculi în trahom și anume: o primă categorie de corpusculi așezați majoritatea în neregulă și fără de înveliș și o a doua categorie de corpusculi mai voluminoși așezați în vecinătatea nucleului epitelial și având un înveliș. Prima categorie de corpusculi spune el că nu sunt specifici trahomului ci se găsesc în toate afecțiunile conjunctivale și chiar în blenoragia uretrală. Cât privește a doua categorie de corpusculi, adevărații corpusculi ai lui Prowaczek, autorul spune că se găsesc foarte rar în trahom și ceva mai mult, i-a găsit chiar în oftalmia blenoragică. Ast-fel fiind el declară că nu poate admite un caracter de specificitate nici acestei a doua categorii de corpusculi și nu o va putea admite această specificitate atât timp cât nu vom putea găsi un mijloc prin care să reușim a diferenția corpusculii trahomului de cei ai blenoragiei.

Meller declară că a găsit corpusculii trahomului nu numai în cazurile vechi de trahom, dar chiar și în epiteliul panusului.

Radziejenski din Berlin crede că paraziții trahomului trebuesc să fie situați în profunzimea țesutului conjunctival și i-a pus chiar în evidență în aceste locuri prin metoda lui **Heidenhain**.

Axenfeld în fine spune că existența corpusculilor trahomatoși și în alte maladii ale conjunctivei în afară de trahom nu exclude importanța lor, căci spre exemplu organisme identice gonococului ca morfologie se pot găsi și în afară de blenoragie.

Pascheff făcând cercetări microscopice asupra trahomului din Bulgaria a găsit de asemenea acești corpusculi; îi crede specifici și îi descrie în vecinătatea nucleului pe care îl împinge uneori la periferie. In afară de corpusculi el mai descrie și niște incluziuni cu aspecte din cele mai variate (granulațiuni mici izolate, corpusculi de diferite mărimi cu și fără structură, corpusculi cu aspect bacterian) cărora se pare că le-ar atribui de asemenea un rol în etiologia trahomului.

IV. Cercetări personale. Intr'o primă serie de cercetări făcute în colaborația d-lui **Radu** și publicate în „The Ophtalmoscope“ și în „Revista Științelor Medicale“ am căutat și noi să controlăm concluziile numeroșilor autori cari s'au ocupat cu această chestiune. In acest scop am întins pe lame produsul obținut prin raclarea conjunctivelor trahomatoase și după fixarea prin alcool metilic am colorat frotiurile astfel obținute, timp de 20′, prin procedeul **Leishman** modificat (1 cmc. soluția **Leishman** diluată în 2 cmc. apă distilată glicerinată în proporție de $^1/_{40}$). Făcând apoi examenul microscopic al acestor preparate am constatat în toate cazurile de trahom acut următoarele: pe lângă numeroasele celule epiteliale conjunctivale normale se găseau altele a căror protoplasmă conținea niște formațiuni ovalare, semilunare sau sferice, cari se colorau în roș-violet închis. Unele din aceste formațiuni erau înconjurate de o aureolă, iar în interiorul lor se vedeau numeroase granulațiuni. In general am găsit câte o singură formațiune din acestea în câte o celulă.

Când însă le-am găsit câte 2 sau mai multe de celulă, ocupau obişnuit polii opuşi ai nucleului şi totdeauna am remarcat intima lor legătură cu nucleul celulei epiteliale. Printre aceste formaţiuni am găsit una care trimetea către nucleul celulei o prelungire, formată dintr'o granulaţiune mai mare. La alte celule epiteliale am găsit întreaga lor protoplasmă ocupată de numeroase mici granulaţiuni, cari ieşeau chiar în afara ei, iar protoplasma însăşi avea limitele neprecise.

Examinând apoi frotiurile provenind din cazurile de trahom cronic am constatat că: formaţiunile ovalare pe cari le-am descris deja erau foarte rare. Am găsit însă destul de numeroase celule epiteliale a căror protoplasmă cu limite neprecise conţinea în mod difuz numeroase mici granulaţiuni ce se răspândeau şi în jurul celulei.

Examinând în fine frotiurile obţinute cu conţinutul chalazioanelor am putut observa formaţiuni, cari semănau vag cu cele din trahom, însă se diferenţiau prin formă. Ele conzistau în granulaţiuni de diferite mărimi, de formă regulat rotundă, răspândite difuz în masa protoplasmatică, formând rare ori mase compacte şi colorându-se în roz prin soluţia Giemsa.

In timpul din urmă am reluat aceste cercetări microscopice asupra trahomului şi în acelaş timp am făcut examenul microscopic minuţios al frotiurilor provenind din diferite varietăţi de conjunctivite, cât şi pe al acelora provenind din raclarea conjunctivei normale.

In acest chip am putut complecta cercetările noastre din prima serie, fapt care ne-a pus în posibilitate de a ne face o convingere personală asupra importanţei etiologice a corpusculilor descoperiţi de Prowaczek şi Halberstädter.

A. *Examenul frotiurilor din trahomul acut.* Intre cazurile de trahom acut examinate, 3 se aflau în prima săptămână de la debutul maladiei, ceea ce ne-a permis să ne dăm bine seama de alteraţiunile celulare ce au loc în trahom chiar în perioada sa incipientă.

Pentru a pune însă o sistemă în totalul observaţiunilor noastre microscopice trebue să remarcăm faptul că: celulele epiteliale cu corpusculi ce se găsesc în frotiurile de trahom acut se pot divide în două grupe bine definite şi anume: celulele epiteliale cu corpusculi, cari au limitele protoplasmatice puţin precise sau complect şterse.

In fine celulele epiteliale cu limite precise le mai dividem în: celule epiteliale cu corpusculi ce nu sunt în strânsă legătură cu nucleul lor şi celulele epiteliale cu corpusculi cari sunt în strânse raporturi de vecinătate cu nucleul.

Vom căuta deci să dăm o descripţiune detaliată a tutulor acestor feluri de elemente citologice spre a pune mai bine în evidenţă importanţa lor biologică.

a) *Celulele epiteliale cu limitele protoplasmatice precise* am văzut că se pot divide după situaţiunea corpusculilor lor în două grupe şi anume:

1. *Celulele epiteliale cu corpusculi cari nu sunt în vecinătatea imediată a nucleului.* Aceste celule prezintă în masa lor protoplasmatică numeroase granulaţiuni colorate prin soluţiunea Giemsa în roş-violet. Unele din aceste granulaţiuni sunt mai mici de cât cei mai mici coci, iar altele sunt mult mai mari. In ce priveşte modul lor de aranjare în interiorul protoplasmei celulelor epiteliale este de remarcat o mare variabilitate. Există totuşi forme celulare care se întâlnesc cu o frecvenţă destul de mare şi anume:

O formă de celule pe care am întâlnit-o destul de des este reprezentată prin nişte celule epiteliale, cari conţin, răspândit în mod difuz în masa lor protoplasmică, nişte granulaţiuni foarte fine dar destul de bine vizibile din cauza intensei coloraţiuni roşii-violete pe care o au. Aceste granulaţiuni sunt aşezate în mod izolat în interiorul a câte unei minuscule vacuole, iar alteori se află incrustate în peretele acestor vacuole. Alte ori am observat cum întreaga masă protoplasmică a celulelor epiteliale era ciuruită de vacuole, dintre care unele foarte mari, în care caz granulaţiunile fine de care am vorbit se aşezau în număr mai mare de câte 3 — 5 în peretele unei aceleaşi vacuole.

Toate aceste granulaţiuni nu pot fi confundate cu finele granulaţiuni cari normal intră în constituţia protoplasmei celulelor epiteliale, de oarece acestea din urmă se colorează cu mult mai palid, sunt mai puţin precise ca limite şi în fine se colorează cu o nuanţă azurie ca şi întreaga protoplasmă celulară.

O altă formă celulară, şi una din cele mai dese, este reprezentată prin nişte celule epiteliale care obicinuit au formă conică, stelată, de rachetă sau cilindrică alungită. In aceste celule se văd îngrămădite în masă granulaţiuni de mărimile cele mai variate. Aceste grămezi de granulaţiuni sunt aşezate de regulă în o prelungire a protoplasmei celulare şi, demn de notat, la o extremitate celulară opusă tocmai aceleia în care se află nucleul. Aceste mase granulare astfel aruncate într'o prelungire protoplasmică iau aspectele cele mai variate şi le vedem prezentându-se când ca bande, când sub forma de ghemuri, când sub formă de capac al unei celule caliciforme.

In fine o altă formă celulară de asemenea foarte frecventă este reprezentată prin celule epiteliale, de regulă poligonale, a căror întreagă masă protoplasmică este umplută în mod difuz de numeroase granulaţiuni, de mărimi din cele mai diferite. Aceste granulaţiuni prin marea lor cantitate dau celulei epiteliale o coloraţiune de un ton mult mai închis ca al celor lalte celule epiteliale din câmpul microscopic.

B. *Celule epiteliale cu corpusculi ce sunt în strânse raporturi de vecinătate cu nucleul.* Aceste celule se prezintă de asemenea sub aspecte din cele mai variate, iar dintre formele cele mai frecvente sunt următoarele:

O formă celulară reprezentată prin celule epiteliale al căror nucleu are la una din extremităţile sale o excreşcenţă a cărei mărime diferă de la celulă la celulă. Aceste excreşcenţe une ori par a fi numai în contiguitate cu nucleul celulei, dar sunt de cele mai adese ori în continuitate cu el prin câte un pedicul. Coloraţiunea lor este totdeauna aceiaşi ca şi a nucleului celular. Forma lor este rotundă, ovoidă, conică, uneori au chiar aspectul unui corn, iar alteori prin mărimea lor dau nucleului celulei aspectul de tigvă. Aceste excrescenţe au o structură granulară în tocmai ca şi nucleul.

O altă formă celulară este reprezentată prin nişte celule epiteliale cari au la unul sau la ambii poli ai nucleului lor câte o îngrămădire de granulaţiuni de mărimi diferite, având aceiaşi coloraţiune ca şi nucleul. Aceste granulaţiuni se grupează uneori sub forma unor semilune subţiri şi încing nucleii epiteliali la câte unul din polii lor; alte ori ele se grupează sub forma unor mici discuri rotunde şi se aşează pe suprafaţa nucleilor, cărora pare că le face o pavăză; alteori în fine aceste granulaţiuni formează grupuleţe mici ca nişte monticuli la unul sau ambii poli ai nucleului. De notat este că toate aceste varietăţi de granulaţiuni, ce se prezintă grupate sub diverse aspecte, par că nu au o prea mare coheziune între ele, în cât contururile acestor grupuri de granulaţiuni nu sunt nici o dată aşa de precise ca ale excrescenţelor pe cari le-am descris deja.

O altă formă celulară este reprezentată prin celule epiteliale dintre cari unele au o plesnitură a nucleului la unul din polii săi, ceea ce face ca acest pol nuclear să se ridice ca un capac peste restul nucleului epitelial; iar altele din aceste celule au o perforaţie a nucleului lor tot la unul din poli, perforaţie prin care difuzează în interiorul masei protoplasmice o mare parte din substanţa nucleară, care ia aspectul unui arbore a cărui tulpină se implântă pe nucleu la punctul său de perforaţie.

In fine o altă formă celulară este reprezentată prin celule al căror nucleu dese ori turtit la unul din poli, are în dreptul turtirei o formaţiune ovoidă, cu o structură granulată, de aceiaşi colorație ca şi nucleul, şi părând că coafează nucleul. Aceste formaţiuni se găsesc dese ori separate de nucleul epitelial prin o subţire dungă albă-azurie. Ele nu reprezintă altcevă de cât corpusculii tipici ai trahomului descrişi de Prowaczek şi Halberstädter.

b) *Celulele epiteliale cu limitele protoplasmice neprecise sau complect şterse.* Acest fel de celule le găsim sub două aspecte foarte bine diferenţiate şi anume:

O primă categorie de celule formată din celule epiteliale a căror masă protoplasmică e absolut imposibil să o recunoaştem. Aceste celule însă au un nucleu foarte intens colorat; ceea ce însă este de notat e faptul că această colorare intensă a nucleului este omogenă, nelăsând să se mai distingă în masa nucleară granulaţiunile de cromatină care se văd în mod normal. In asemenea stare nucleul apare ca o adevărată pată. In jurul acestui nucleu se vede o zonă foarte neregulată ca formă, dar de cele mai multe ori cu aspect stelat, zonă formată din extrem de numeroase granulaţiuni de diverse mărimi, a căror îngrămădire este mai mare imediat în jurul nucleului. In totalul lor aceste granulaţiuni par a indica vag forma primitivă a celulei în care se găseau.

O a 2-a categorie de celule în fine prezintă atât protoplasma cât şi nucleul lor cu limite foarte puţin precise. Granulaţiunile ce ocupă protoplasma lor au acelaş aspect ca şi în celulele din categoria descrisă mai sus, ceea ce însă le diferenţiază de acest prim grup de celule este nucleul, care în această a 2-a categorie de celule se prezintă foarte palid, cu aspect cariolitic.

B. *Examenul frotiurilor din maladiile conjunctivale netrahomatoase şi din conjunctiva normală.* Examinând frotiurile obţinute prin raclarea conjunctivelor normale, cât şi prin întinderea secreţiunei din conjunctivita blenoragică, diplobacilară, eczematoasă, impetiginoasă, limfatică, din catarul conjunctival și chalazion am putut observa că toate formele celulare descrise detaliat mai înainte se găseau complect și în aceste frotiuri.

Ceva mai mult corpusculii tipici ai trahomului așa precum i-a descris Prowaczek i-am găsit numeroși mai ales în conjunctivita cu diplobacili, în conjunctivita blenoragică și în cea eczematoasă.

Semnificațiunea granulațiunilor și corpusculilor din epiteliile conjunctivale.

Dacă după acest studiu amănunțit al tuturor formelor epiteliale, pe carì le-am găsit în maladiile conjunctivale examinate, căutăm să ne dăm seama de semnificațiunea numeroaselor varietăți de granulațiuni descrise, vedem că putem stabili o diviziune în 2 grupe a acestor granulațiuni și anume:

1. O primă categorie formată din granulațiuni răspândite în mod difuz în interiorul protoplasmei epiteliale sau grupate în grămezi cu limite neprecise în prelungirile protoplasmice ale acelorași epitelii și de obicei în câte o extremitate opusă aceleia în care se află nucleul.

2. O a doua categorie formată din granulațiuni grupate mai tot-deauna sub forma unor grămezi cu aspecte din cele mai variate cu limite de cele mai dese ori destul de precise și în strânse raporturi de vecinătate cu nucleul epitelial.

Fie-care din aceste două categorii de granulațiuni credem că nu sunt în realitate de cât aspecte degenerative ale epiteliilor conjunctivale și anume: prima categorie de granulațiuni, cari nu au raporturi stricte de vecinătate cu nucleul epitelial credem că trebue să fie degenerări protoplasmatice, pe câtă vreme credem că cea de a doua categorie de granulațiuni, cari se găsesc grupate tot-deauna în vecinătatea nucleului, aparțin degenerărilor nucleare ale epiteliului conjunctival.

In ce privește prima categorie de granulațiuni, ne convingem ușor că sunt degenerări protoplasmatice, prin faptul că același fel de granulațiuni se găsesc în celulele cu limitele precise (cari deci nu sunt într'un grad prea înaintat de degenerare) cât și în celulele epiteliale cu limite neprecise sau complect șterse și cu nucleul în carioliză.

In ce privește a doua categorie de granulațiuni, cari une-ori se prezintă sub formă de corpusculi, credem de asemenea că sunt degenerări și anume degenerări nucleare; de oare-ce am găsit toate stadiile acestei degenerări, une-ori chiar în acelaşi câmp microscopic. Am descris în adevăr o formă epitelială cu un nucleu, având aspect de tigvă. Acest aspect provine cu siguranță dintr'o simplă ectazie a membranei nucleare a cărei rezistență a diminuat într'un punct prin o cauză ce nu o putem încă determina.

Atât timp cât membrana nucleară își va păstra încă elasticitatea sa, masa cromatinică nu va face de cât să o destindă în acel loc dând ast-fel nucleului aspectul de tigvă pe care l'am observat. Indată ce însă destinderea membranei nucleare trece peste limita elasticității sale, ea se rupe și pune în libertate cromatina. Aceasta poate eși din nucleu, fie sub formă de granulațiuni fine și se răspândește în masa protoplasmei epiteliale, fie sub formă de grămezi cari iau aspectul de corpusculi, așezați la câte un pol al nucleului, sau de discuri așezate înaintea nucleului ca niște paveze, sau de semilune, cari încing nucleul epitelial la unul din polii săi.

In fine aspectul cel mai obișnuit al corpusculilor lui Prowaczek, cari se prezintă cu forma ovoidă la unul din polii nucleului nu rezultă cele mai multe ori de cât dintr'o simplă fisură a nucleului epitelial, fisură ce s'a imbibat cu substanță protoplasmică în cât apare ca o dungă albă-azurie separând două fragmente nucleare.

Aceste fapte ne explică pentru ce corpusculii lui Prowaczek au fost găsiți în tot-deauna și de către toți autorii în vecinătatea imediată a nucleilor celulelor epiteliale.

Ast-fel fiind lucrurile noi credem că corpusculii descriși de către Prowaczek și Halberstädter ca paraziți ai trahonului, departe de a fi agentul patogen al acestei maladii, nu sunt în realitate de cât niște degenerescențe, nucleare de cele mai dese ori, protoplasmice une-ori.

Ceva mai mult, nici chiar aceste degenerescențe nu sunt specifice trahomului, de oare-ce le-am găsit une-ori în număr destul de mare nu numai în diverse alte maladii ale conjunctivei, dar chiar în frotiurile obținute de pe conjunctiva normală.

Făcând examenul microscopic al frotiurilor conjunctivale provenite de la acelaș caz, dar din diverse stadii ale evoluțiunei sale, am putut constata că: aceste forme degenerative ale epiteliilor sunt cu atât mai numeroase cu cât reacţiunea inflamatorie este mai intensă; că în fazele subacute sau cronice predomină degenerările protoplasmice, pe câtă vreme în formele acute, pe lângă aceste degenerări destul de intense, se mai adaugă o degenerare de acelaşi grad de intensitate a nucleilor epiteliali.

Mai reiese din cercetările noastre că acest proces de degenerare al epiteliilor este chiar un fapt fiziologic, iar examenul frotiurilor provenind din conjunctiva normală ne demonstrează aceasta; singurul lucru care ne indică că acest proces suferă şi el o modificare în cursul maladiilor conjunctivale este numai exageraţiunea sa.

Contagiozitatea conjunctivitei granuloase

Contagiositatea conjunctivitei granuloase s'a putut stabili prin două mijloace şi anume: clinic şi experimental.

Clinic. Numeroasele epidemii de trahrom ce s'au ivit în ţările europene cu ocaziunea întoarcerei din Egipt a armatelor napoleoniene, demonstrează în de ajuns contagiositatea acestei maladii, din punct de vedere clinic.

Existenţa în ţară la noi a două infirmerii militare de ochi, la Teiş şi la Frumoasa, ne arată iarăşi că soldaţii în cohabitaţiunea lor din regimente sunt dese-ori supuşi la contagiunea acestei maladii, pe care o iau unul de la altul. Noi înşine am avut ocaziunea să vedem venind la consultaţiunile clinicei părinţi împreună cu copii lor, toţi atinşi de conjunctivită granuloasă şi pe care toţi au luat-o de la câte unul din membrii familiei şi la un scurt interval de timp; avem de aface în asemenea cazuri cu adevărate epidemii familiale.

S'a stabilit însă, tot în mod clinic, că această contagiune nu are loc cu o regularitate matematică ori de câte ori secreţiunea infectantă vine în contact cu conjunctiva normală, ci că infecţiunea mai trebue însoţită de alte cauze adjuvante. In acest mod numai se poate explica motivul pentru care epidemiile se ivesc mai ales acolo unde populaţiunea este mai deasă, mai săracă şi unde grijile curăţeniei sunt lăsate în părăsire. In total, acestea sunt cauzele pentru cari trahomul apare de preferinţă în: cazărmi, şcoli, internate şi pe vapoare.

In afară de aceste cauze Chibret mai invoacă dispoziţiunile de rasă, căutând oare-cum să scoată în evidenţă o imunitate a rasei celte, precum şi imunitatea negrilor.

La aceste cauze ajutătoare s'au mai adăugat în fine: influenţa climatului, a nivelului mărei, ţările joase fiind de cele mai dese ori supuse infecţiunei, de unde chiar Hirschberg se şi gândeşte la o apropiere între această maladie conjunctivală şi paludism.

Experimental. Constatarea contagiosităţei trahomului în mod experimental s'a putut face prin ajutorul inoculaţiunilor, cari s'au practicat atât la om cât şi la animale şi în special la maimuţe. Ast-fel, la om: Addario sfărâmând foliculi trahomatoşi pe conjunctiva scarificată a 3 orbi, a observat la aceştia, după 4 zile, iperemie conjunctivală, iar după 8 zile inflamaţia conjunctivei însoţită de infiltraţie, care a trecut şi la ochiul celalt.

Germaix spune că dacă de la un individ care prezintă o conjunctivită granuloasă unilaterală se ia din produsul secretat şi se transportă pe conjunctiva sănătoasă a aceluiaşi individ, atunci acesta din urmă nu s'ar mai infecta şi explică faptul prin crearea unei imunităţi.

Lucrul acesta însă pare dubios, cu atât mai mult că noi inşine am avut ocaziunea să vedem de curând în serviciul oftalmologic de la spitalul Colţea, un individ care prezenta o conjunctivită granuloasă dreaptă cu aspectul clinic de chemozis bulbar, la care după o săptămână mai târziu a isbucnit o conjunctivită granuloasă şi la ochiul stâng, conjunctivită care a urmat aceiaşi evoluţie clinică ca la primul ochi.

Până acum însă nu s'a putut stabili dacă agentul trahomului prin trecerea sa de la individ la individ îşi slăbeşte sau nu virulenţa. Cercetările experimentale cele mai numeroase asupra contagiosităţei trahomului au fost făcute asupra maimuţelor, ast-fel:

Pfeiffer şi Kuhnt luând şi zdrobind foliculi trahomatoşi, i-au filtrat apoi, iar produsul obţinut l'au frecat pe conjunctiva normală a maimuţelor, însă nu au obţinut nici o reacţiune conjunctivală din partea acestora.

Hess şi Römer reluând aceleaşi experienţe, au ajuns la acelaşi rezultat. Luând însă materialul trahomatos proaspăt şi nefiltrat şi frecându-l pe conjunctiva normală a maimuţelor din specia pavian au putut obţine formaţiunea de foliculi analogi cu cei observaţi în trahomul uman.

Inoculând apoi secreţia conjunctivală a acestor maimuţe pe conjunctiva altor maimuţe, au obţinut de asemenea rezultate pozitive. Aceste rezultate pozitive însă nu le-au putut avea de cât numai timp de 5 săptămâni de la injecţie, căci mai târziu ele nu se mai produceau.

Rezultă deci din cercetările acestor autori că filtratul granulaţiunilor trahomatoase este inactiv, în cât după ei supoziţiunea lui Raehlmann, că parazitul trahomului ar fi ultra-microscopic, este nefundată.

Nici unul din aceşti autori nu au putut determina cu ajutorul inoculaţiunilor la animale formaţiunea de cicatrice sau alte complicaţiuni cari se observă la om.

Bajardi făcând şi el inoculaţiuni de trahom la maimuţă la un singur ochi a obţinut de asemenea noduli trahomatoşi, în timp ce ochiul celalt a rămas tot-deauna sănătos.

Prowaczek a încercat de asemenea inoculaţia trahomului pe conjunctiva normală a iepurilor, macacilor şi în special a urangutanilor. In secreţia conjunctivală ce a apărut acestora din urmă, după 7 zile de la data inoculărei, a găsit în frotiuri aceleaşi formaţiuni corpusculare pe cari le-a descris şi în trahomul uman.

Cu această secreţiune făcând inoculaţiuni pe conjunctiva sănătoasă a altor urangutani, a obţinut de asemenea rezultate pozitive şi a avut chiar ocaziunea să vadă şi infecţiunea celuilalt ochi.

Greeff, Frosch şi Clausen au încercat să inoculeze cu trahom maimuţele inferioare, dar au avut numai rezultate negative.

Bertarelli a reuşit să producă la 2 macaci un trahom experimental, cât se poate de demonstrativ. Crede însă că maimuţele inferioare se infectează cu mult mai greu de cât cele antropoide şi constată că evoluţia boalei lor este mult mai benignă.

Unul din noi, după mai multe încercări, a reuşit să transmită trahomul de la om la o maimuţă inferioară (macac) şi iată în ce mod: s'a luat secreţie trahomatoasă, raclând conjunctiva palpebrală cu marginea unei lame de sticle, după aceia, cu aceiaşi sticlă, s'a raclat fundul de sac superior al maimuţei; după vre-o 7 zile s'a produs o uşoară iperemie conjunctivală, care a perzistat numai câte-va zile, dispărând apoi complect ori-ce reacţiune locală. In acest mod s'au făcut mai multe încercări, dar toate au rămas fără nici un rezultat. Făcând atunci pe conjunctiva maimuţei câte-va scarificaţiuni cu foarfecele şi frecându-le cu secreţiunea trahomatoasă, s'a observat după 15 zile în fundul de sac conjunctival superior, către unghiul intern al ochiului un număr de vre-o 8 granulaţiuni gălbui şi translucide, de mărimea unor boabe de mei, cari semănau cu granulaţiile din conjunctivita granuloasă umană.

Raclând atunci conjunctiva maimuţei şi întinzând pe lame produsul obţinut, care a fost colorat cu procedeul Leishman, nu s'a putut găsi în nici unul din aceste preparate granulaţiunile lui Prowaczek şi nici vre-un alt-fel de granulaţiuni de degenerescenţă.

Excizând una din granulaţiunile ce apăruseră pe conjunctiva maimuţei şi făcând din ea preparate microscopice s'a putut observa o bogată infiltraţiune a ţesutului dermic subepitalial cu limfocite cari erau mult mai îngrămădite în jurul capilarelor sanguine. Acest aspect anatomo-patologic reproducea deci în tocmai pe acela al trahomului incipient de la om.

Urmărind mersul clinic al acestui trahom experimental, am constatat că este cu mult mai benign ca cel de la om, având de la sine tendinţă spre vindecare şi nelăsând în urma lui nici cicatrice nici alte complicaţiuni.

Paschcff a luat fragmente din conjunctiva unui granulos, pe cari le-a spălat în ser fiziologic, iar apoi l-ea sfărâmat pe conjunctiva avivată a iepurilor. Declară însă că nu a obţinut rezultate cari să-l autorizeze să pună diagnosticul de trahom adevărat, ci că ar fi produs mai mult o conjunctivită acută bogată în foliculi.

Anatomia patologică a conjunctivitei granuloase.

Pentru a studia anatomia patologică a trahomului în mod complect trebue să studiem atât trahomul în starea lui incipientă cât şi în starea când prezintă granulaţiunile lui caracteristice.

Anatomia patologică a trahomului incipient. Examinând o secţiune microscopică care provine de la un caz de trahom în faza când încă nu are granulaţiuni se observă următoarele amănunte istologice:

Stratul epitelial prezintă în această fază cele mai multe modificări şi anume: în conjunctivele provenind de la fundurile de sac acest strat este puţin îngroşat şi cu aspect epidermic. Ingroşarea sa provine din cauza multiplicărei stratului profund al epiteliului în care se găsesc celule epiteliale în stare cariochinetică. In întregimea sa stratul epitelial are numeroase celule caliciforme, cari însă nu prezintă nimic caracteristic In unele locuri însă aceste celule se grămădesc în grupuri mai mari formând grămezi celulare, pe cari Iwanoff le-a descris pe nedrept ca glande. Din distanţă în distanţă stratul este străbătut de limfocite, cari înaintează către suprafaţa conjunctivei. Cum la nivelul fundurilor de sac epitelial conjunctival se prelungeşte şi în adâncimea văilor care separă cutele conjunctivale, într'o secţiune perpendiculară pe aceste cute epiteliul ia aspectul unor glande tubulate. In apropierea tarsului stratul epitelial trimite prelungiri masive şi de cele mai multe ori de formă conică în profunzimea dermului conjunctival. Aceste prelungiri cari une-ori înaintează până în apropierea tarsului prezintă câte odată în spre partea lor profundă câte o mică cavitate, rezultat al distrugerei unora din celulele epiteliale. In această cavitate plină cu resturi de celule epiteliale cu celule epiteliale descuamate, se adună după Goldzieher şi leucocite poli şi mononucleare.

Stratul dermic ne arată o infiltraţie celulară evidentă numai în stratul său superficial, subepitelial. In acest loc există o infiltraţie difuză şi în masă, formată dintr'un amestec fără nici o ordine, a limfocitelor, cari predomină, cu mononucleare mari cari fac mici grupuri, cu un aspect mai sombru, dar neavând nici o relaţiune cu vasele sanguine. La limita dintre stratul superficial şi cel profund al dermului se observă o marcantă predominare a mononuclearelor mari, cari par că voesc să formeze un zid. Capilarele sanguine sunt foarte numeroase în stratul superficial şi în acelaş timp mult dilatate. Ţesutul conjunctiv reticulat, care formează scheletul acestei părţi superficiale a dermulul este format din fibre conjunctive foarte fine şi mult distanţate între ele, in cât dau dermului un aspect edematos. Edemului acesta al stratului superficial al dermului, cât şi bogatei sale infiltraţiuni cu celule limfatice se datoreşte aspectul ipertrofic, cutat, pe care îl observăm în toate formele trahomului. Stratul profund al dermului prezintă ca şi cel superficial o dilataţiune a vaselor sale, dar infiltraţiunea ce există atât de bogată în primul strat aci este complect dispărută şi nu mai este reprezentată de cât prin rari grupuri de mari mononucleare.

In rezumat ceea ce caracterizează din punct de vedere istologic faza incipientă a or-cărei forme de trahom este din partea epiteliului: o stare de proliferare, care tinde la o îngroşare a sa către suprafaţă şi pe de altă parte la trimeterea în profunzime a unor prelungiri epiteliale cari iau caracter glandular. Din partea dermului: o difuză infiltraţiune bogată a stratului său superficial cu limfocite cărora li se adaogă marele mononucleare în număr mult mai redus.

Anatomia patologică a trahomului cu foliculi. Examinând o secţiune microscopică provenind de la un caz de trahom cu foliculi, vizibili sau nu macroscopiceşte, constatăm următoarele amănunte istologice:

Stratul epitelial în acest aspect microscopic are mai puţine alteraţiuni vizibile, cari acum sunt mai numeroase în stratul dermic. Se constată însă că între foliculi, stratul epitelial trimete prelungiri, cari pe secţiune apar cu o formă lamelară, uşor triunghiulară şi cu vârful spre derm.

Stratul dermic prezintă caractere istologice cu totul diferite de acelea din perioada incipientă. Ceea ce este caracteristic în derm, în acest stadiu al dezvoltărei trahomului, este formaţiunea foliculilor trahomatoşi. Dimensiunile lor variază între 0,4 m m. până 1 m m. Văzuţi cu un obiectiv puţin măritor foliculii apar ca nişte formaţiuni aproape regulat rotunde şi cu o coloraţiune mult mai închisă ca restul ţesutului dermic; examinaţi însă cu un obiectiv mai mare se constată că în realitate sunt formaţi din două zone: una periferică mai intens colorată şi alta centrală colorată mult mai palid. Zona periferică de o lărgime variabilă este formată din extrem de numeroase limfocite îndesate unele lângă altele. Ele fac ca un înveliş părţei centrale a foliculului, însă o capsulă propriu zisă formată din ţesut conjunctiv foliculul nu pare să aibă. Singurul lucru ce se observă la periferia părţei centrale a foliculului este o grupare a limfocitelor într'un singur şir şi cu nuclei lor mai alungiţi aşezaţi paralel cu periferia foliculului. De alt-fel această delimitare nu există tot-dauna în mod perfect pe toată periferia foliculului ci une-ori capsula aceasta aparentă nu există de cât numai în partea profundă, lipsind către partea corespunzătoare epiteliului. In această zonă periferică se văd numeroase capilare sanguine aşezate pe un singur rând şi făcând înconjurul întregului folicul. Tot în această zonă se mai distinge un fin reticul format de fibre conjunctive precum şi nuclei alungiţi şi palizi ai celulelor conjunctive fixe. Partea centrală a foliculului, care apare cu un aspect mult mai palid, este formată dintr'o masă compactă de mari celule mononucleare cu aspect epitelial. Nucleul lor palid este fin granulat şi lasă să se vadă în interiorul lor 1—2 nucleoli. Intre aceste celule se văd răspândite în mod izolat limfocite, cari din zona periferică se văd intrând în centrul foliculului unde se disting prin culoarea intensă a nucleului lor. Pe lângă aceste două elemente celulare se mai găsește în folicul și un al 3-lea element mai rar, format din celule cu o protoplasmă a cărei formă este de obicei cu prelungiri și conține în interiorul său incluziuni formate din fragmente de nuclei, globule de sânge. Acestor celule Goldzieher le-a dat numele de autofage și crede că ele indică un stadiu regresiv al trahomului. Vilard le-a numit fagocite. Addario crede că sunt celule fixe ale țesutului conjunctiv, iar Junius examinându-le și în picături suspendate spune că le-a văzut trăind mult timp și având mișcări amiboide. Din distanță în distanță se mai remarcă între aceste 3 categorii de celule migratorii și niște nuclei alungiți, palizi, cari aparțin celulelor conjunctive fixe ale finei rețele conjunctivale ce formează scheletul părței centrale a foliculului.

In fine s'au mai descris de autori ca infiltrând masa foliculului și următoarele celule: leucocite polinucleare, mastzellen, celule gigante cari sunt cu siguranță mult mai rare. In această masă centrală a foliculului și mai ales către periferia sa se văd și secțiunile capilarelor sanguine foliculare, cari în majoritate au o direcțiune radiară. Tot în această masă centrală dar răspândite în mod difuz se văd numeroase spații mai clare, cu forme neprecise cari aparțin capilarelor limfatice foliculare, ce sunt cu mult mai numeroase ca cele sanguine. Foliculii trahomatoși formați ast-fel cum i-am descris sunt așezați în stratul superficial foarte lărgit al dermului. Une-ori ei sunt așezați la o mică distanță de epiteliu, care pare că îi capușonează, neînterpunându-se între ei de cât un subțire strat de derm conjunctival, înfiltrat ușor cu limfocite. Alte-ori însă între epiteliu și foliculi se interpune un strat dermic mult mai gros format din o stromă cu spații largi, cu aspect edematos, în care se strecoară numeroase mononucleare mari cari în unele locuri sunt așezate în mod difuz, iar în altele fac grupulețe de câte 20—30 elemente, în cât iau aspectul unor foliculi incipienți, reprezentați numai prin masa lor centrală. Restul țesutului dermic cuprins între foliculi, este format din o stromă conjunctivă laxă, în care se află o infiltrație mai ușoară de limfocite, lângă cari se mai găsesc și rari mononucleare mari.

Ceea ce caracterizează deci din punct de vedere istologic acest stadiu al trahomului este formațiunea de foliculi în țesutul dermic superficial.

Aceşti foliculi ast-fel formaţi pot avea două soarte şi anume; o parte din ei se pot transforma în ţesut conjunctiv dens şi deci să se resoarbă de la sine; iar o altă parte se ramolesc în centrul lor, şi după distrugerea epiteliului ei se golesc în afară, iar pierderea de substanţă rezultată se repară prin formaţiunea de cicatrice.

Anatomia patologică a panusului trahomotos. Panusul este format dintr'un ţesut conjunctiv de neoformaţie infiltrat cu numeroase celule cari au cea mai mare analogie cu acelea din stadiul incipient al trahomului. Ţesutul său este bogat vascularizat. La început el este situat între epiteliul cornean şi membrana lui Bowmann intactă. In acest caz panusul se poate rezorbi complect lăsând cornea limpede.

Alte-ori însă panusul perforează membrana lui Bowmann şi pătrunde în grosimea ţesutului cornean pe care îl înfiltrează, în cât atunci restabilirea complectă a transparenţei corneei devine imposibilă.

Aspectul clinic al Conjunctivitei granuloase

Contrar opiniunei majorităţei autorilor, între care cităm pe Axenfeld şi Morax, noi credem după numeroasele observaţiuni pe care le am făcut la consultaţiunile clinicei oftalmologice de la spitalul Colţea, că trahomul prezintă şi o formă acută pe lângă aceea pe care suntem obişnuiţi să o vedem zilnic. Dese-ori în adevăr am avut ocaziunea să vedem bolnavi atinşi de o conjunctivită granuloasă cu un aspect clinic din cele mai intense şi a cărei apariţiune a avut loc cu câte-va zile înainte. Făcând atunci examenul microscopic al secreţiunei conjunctivale aparţinând acestor bolnavi şi practicând şi însămânţările pe mediile obişnuite în bacteriologia oculară, dese-ori nu am putut constata nici prin un mijloc nici prin cel-alt existenţa vreunei forme microbiene oare-care, sau cel mult culturile ne-au arătat numai banalele colonii de stafilococi saprofiţi.

Bazaţi deci pe aceste fapte de observaţiune clinică şi de laborator, credem că suntem îndreptăţiţi să admitem debutul trahomului în două chipuri şi anume: trahomul acut şi cronic. Fiecare din aceste două forme de trahom se poate prezenta sub mai multe aspecte şi anume: trahomul acut se poate să apară sub forma catarală, foliculară şi bulbară, iar trahomul cronic se poate prezenta sub 2 forme şi anume: forma granulară şi catifelată.

Fig 1.

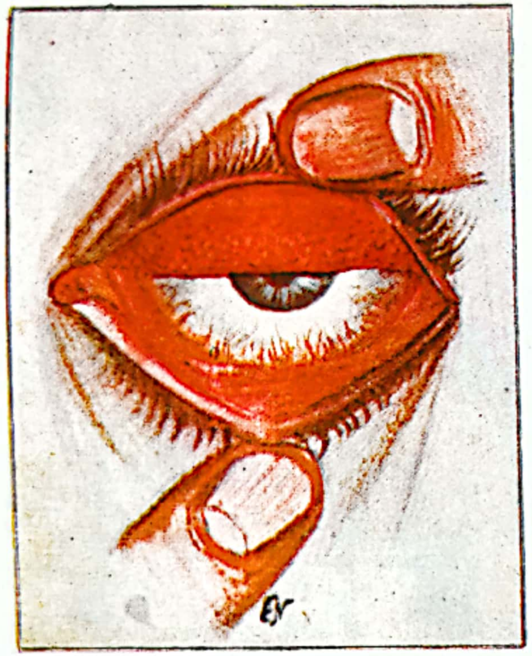
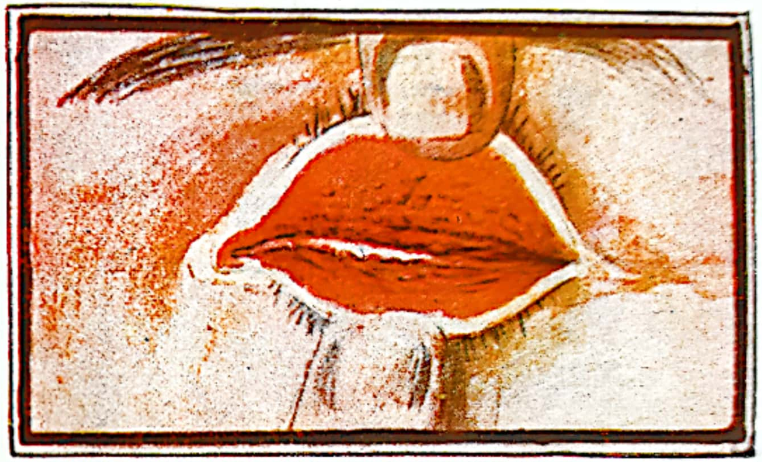


Fig. 2.



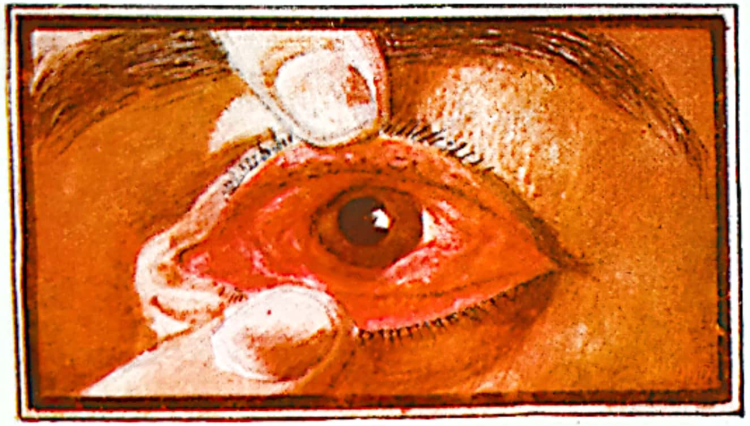


Fig. 3.

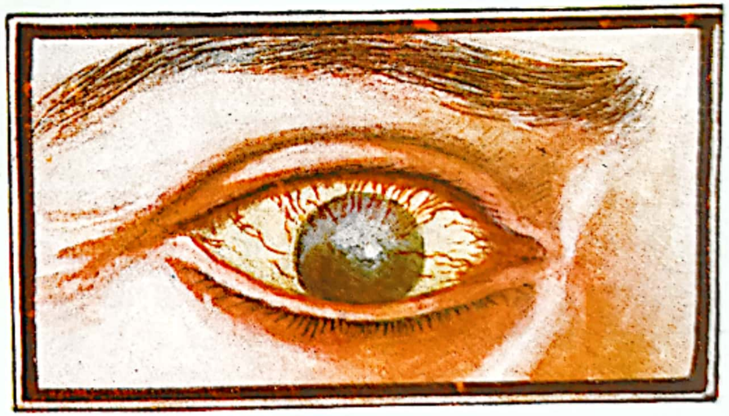


Fig. 4.

Fig. 1 și 2 reprezintă tipuri clasice de trahom cronic; Fig. 3. Forma acută bulbară; Fig. 4. Panus cornean.

I. **Trahomul acut.** Apare de cele mai dese-ori mai intâi la unul din ochi și după frequență ochiul stâng se pare că ar fi primul atins.

Trecerea infecțiunei la celalt ochi se face în general cam intre a 5-a și a 7-a zi de la debutul boalei la primul ochi: Simptomele inițiale conzistă in: mâncărime localizată la ochiul infectat, usturime, lăcrămare. Toate aceste fenomene merg accentuându-se zilnic, adăogându-li-se: o secrețiune purulentă din ce în ce mai abondentă, fotofobia, edemul rozat al ambelor pleoape, injecția vasculară exagerată a întregei conjunctive. La prima vedere aceste forme acute ale trahomului s'ar putea deci une-ori ușor confunda cu conjunctivita blenoragică. Examenul obiectiv al ochiului ne arată însă că avem de a face cu una din formele acute ale trahomului. Să vedem acum aspectele diferite sub cari se prezintă trahomul acut, rămânând bine înțeles că nu vom pune în evidență de cât numai tipurile cele mai caracteristice și mai frequente, aspectele atipice putându-se cu ușurință grupa într'o categorie sau alta după totalul caracterelor lor clinice.

Forma catarală. Examinând bolnavii cari prezintă această formă clinică de trahom, vom putea constata o tumefacțiune edematoasă, de colorațiune roză, de intensitate variabilă, ocupând marginea liberă a pleoapelor și în deosebi pe a celei superioare. Intorcând pleoapele și examinând conjunctiva în total, observăm că atât conjunctiva palpebrală cât și cea a fundurilor de sac este colorată cu o intensă nuanță roșie-vișinie, pe câtă vreme conjunctiva bulbară este mai puțin intens injectată.

In același timp se observă o îngroșare a conjunctivei fundurilor de sac, superior și inferior, cari prezintă cute așezate în lungul marginelor tarsale aderente. Pe aceste cute conjunctivale se văd împrăștiate în mod difuz numeroase asperități foarte fine, ca niște boabe de nisip, cari fiind îndesate unele lângă altele formează ca un văl ce acopere cutele fundurilor de sac conjunctivale, dându-le un aspect mat. Aceste fine asperități respectă conjunctivele tarsale și bulbare.

Trecând în stare de cronicitate acest aspect clinic se poate modifica, când nu este influențat de tratament, în forma de trahom cronic cu aspect catifelat; când însă mersul acestei forme de trahom a fost stânjenit print'un tratament insuficient se transformă în trahomul cronic cu cicatrice separate prin insule de țesut infiltrat.

Din punct de vedere clinic această formă a trahomului s'ar putea foarte bine asemăna cu formele catarale ale conjunctivitei blenoragice cât și cu conjunctivita acută produsă de bacilul Koch-Weeks.

In ce privește evoluțiunea sa, această formă este una din cele mai benigne putând cu ușurință să ajungă la formațiunea de cicatrice bune, grație unui tratament bine condus.

Forma foliculară. Examinând bolnavii cari prezintă această formă de trahom vom vedea că la exterior pleoapele prezintă acelaș aspect ca și în forma catarală. Intorcând însă pleoapele contatăm că conjunctivele fundurilor de sac sunt mult îngroșate și cutate și în așa fel în cât atunci când întoarcem pleoapele, aceste cute conjunctivale sar prin deschizătura palpebrală ca împinse de un rezort. Pe culmea acestor cute conjunctivale se văd numeroase proeminențe foliculare, de mărimea boabelor de mei și chiar mai mari, cu aspect sticlos, strălucitor, amintind foarte bine impresia pe care o dau boabele de sagu.

Acești foliculi nu se localizează numai la conjunctiva fundurilor de sac ci înaintează chiar pe conjunctivele tarsale, pe cari după cazuri le acoperă pe o întindere mai mult sau mai puțin mare, însă nici odată chiar până la marginele lor libere.

Pe aceste conjunctive tarsale, foliculii nu se mai așează în masă la nivelul fundurilor de sac ci sunt cu mult mai diseminați și mai puțin proeminenți. Părțile lor corespunzătoare unghiurilor extern și intern ale ochiului sunt de asemenea acoperite de mase foliculare cari se prezintă ca niște excrescențe de formă triunghiulară, și se observă bine cu deosebire la pleoapele superioare. In această formă de trahom, foliculii înainteaza în mod izolat pe suprafața conjunctivei bulbare și une ori chiar până în vecinătatea limbului cornean. Pe cuta semilunară cât și pe caronculul lacrimal se adună de asemenea foliculi, dându-le une-ori un aspec ipertrofic. Această formă a trahomului s'ar putea ușor confunda cu conjunctivita foliculară, dar observațiunea clinică mai atentă cât și mersul evolutiv al boalei, ne indică tot-d'auna adevărata ei natură.

Ea este mai puțin benignă ca prima formă dar face totuși parte dintre cazurile clinice cele mai influențabile prin tratament.

Forma bulbară. Această formă acută a trahomului pe care am observat-o în timpul din urmă la consultațiunile gratuite ale serviciului de clinică oftalmologică, este o formă pe care nu am găsit-o descrisă în nici unul din tratatele speciale. După câte se pare ea este o formă clinică relativ rară, căci noi înşine nu am avut ocaziunea să o vedem de cât numai de 2 ori. Aspectul ei clinic prezintă o nuanţă caracteristică de diferenţiare faţă de celelalte forme acute ale trahomului, cu care de alt-fel are raporturi de asemănare în amănunte. Ca şi în primele două forme descrise şi aci pleoapele se prezintă cu un caracter de edem inflamator, care însă este cu mult mai exagerat. Insăşi simptomele subiective suferă şi ele o mărire în intensitatea lor chinuitoare pentru bolnav. Ceea ce ne isbeşte însă de la prima vedere în faţa unui ast-fel de caz clinic este un chemozis al conjunctivei bulbare de o intensitate destul de mare. Acest chemozis face ca un burelet în jurul corneei şi este mai pronunţat de partea internă a ei. Intreaga suprafaţă a chemozisului este bogat vascularizată şi ici colo se văd presărate şi mici ridicături foliculare cu luciu sticlos. Un alt amănunt demn de notat este aspectul elefantiazic pe care îl ia cuta semilunară, care colorată cum este în roş-violaceu închis se întinde ca o aripă de la unghiul intern al ochiului către partea internă a corneei. Ea ca şi conjunctiva bulbară este presărată de rari foliculi mici. Conjunctiva fundurilor de sac se prezintă cu acelaş aspect ipertrofic, cutat ca şi in formele acute descrise şi în afară de aceasta mai prezintă şi ridicături foliculare, une-ori extrem de fine ca boabele de nisip, iar alte ori devin adevăraţi foliculi de dimensiuni chiar mari.

Conjunctivele tarsale sunt mai mult injectate, iar dacă prezintă formaţiuni foliculare, le au numai către marginea aderentă a tarsului şi către unghiurile oculare.

In unul din cazurile examinate, am avut ocaziunea să vedem producerea unui început de complicaţiuni corneene, consistând într'o infiltraţie punctiformă albă-gălbue situată la extremitatea superioară a diametrului vertical al corneei. Această infiltraţie mai în urmă s'a întins luând forma unei semilune subţiri, dar mai târziu a retrocedat prin periaj. La al doilea caz această infiltraţiune ocupa toată periferia corneei. Ast-fel de cazuri clinice ale trahomului ne fac tot-d'auna să ne gândim la o conjunctivită blenoragică sau produsă de bacilul Koch-Weeks; şi când în asemenea ocaziuni cercetările bacteriologice rămân negative, ca în cazurile noastre, va trebui să ne gândim tot-d'auna la aceeastă formă particulară a trahomului Rezultă deci că forma bulbară a trahomului pare să aibă o benignitate mai scăzută de cât a celorlalte 2 forme deja descrise, cu atât mai mult că poate da naștere chiar în apropiere de debutul ei la complicațiuni corneene.

Printr'un tratament rațional și perseverent această formă cedează ca și primele, de și după un timp ceva mai îndelungat.

Trahomul cronic. El poate debuta în 2 moduri și anume: sau prin una din formele acute pe care le am studiat deja, sau chiar de la început sub o formă cronică, insidioasă, de a cărei existență insuși bolnavul nu-și poate da seama de cât când i se ivește vre-o complicațiune corneană.

Odată însă instalat, trahomul cronic se poate prezenta sub 2 aspecte diferite și anume: forma granulară și catifelată.

Trahomul cronic care are o oare-care vechime, sau chiar unul mai recent, dar care a fost supus unor tratamente insuficiente se prezintă însoțit tot-d'auna de cicatrice pe cari natura însăși caută să le facă dese-ori în cazurile netratate. Trahomul cronic nu este însoțit de acea reacție inflamatorie intensă pe care o vedem în cazurile acute dar foarte dese-ori el este însoțit de complicațiuni. El dă pacienților un aspect caracteristic, constând într'o micșorare a deschiderei palpebrale, care face pe acești bolnavi să aibă aerul de somnoroși. Autorii sunt de acord că acest lucru trebue să fie datorit pe deoparte îngroșărei tarsului care ar atârna mai greu și pe de altă parte și unei parezii a ridicătorului pleoapei superioare prin acțiunea inflamației trahomatoase asupra fibrelor acestui muschi.

Să trecem acum în revistă caracterele diverselor aspecte clinice sub care se prezintă trahomul cronic.

Forma granulară (conjunctivita granuloasă propriu zisă). Examenul unui ast-fel de caz clinic ne arată o ipertofie cu cutarea conjunctivei fundurilor de sac, ca în toate formele de trahom examinate până acum. Pe suprafața acestor cute, așezate într'un mod cu totul neregulat, găsim niște ridicături având un contur rotund neregulat și cu marginele lor căzând drept pe suprafața conjunctivei pe care se află situate.

Fațeta lor neaderentă, măsurând un diametru une--ori destul de mare de 2—3 mm. este plană sau ușor bombată. Această fațetă este une-ori lucioasă, însă de cele mai multe ori ea prezintă un aspect grunzos, semănând cu icrele de știucă. Ceea-ce caracterizează în deosebi aceaste granulațiuni și le diferențiază de restul formațiunilor ce se observă în celelalte aspecte ale trahomului acut sau cronic este o evidentă duritate pe care o simțim mai ales când încercăm a le racla. Istologiceşte se caracterizează prin existenţa foliculilor trachomatoşi.

Când supunem aceste cazuri la periaj se constată de asemenea că tocmai aceste granulaţiuni sunt acelea cari se îndepărtează mai greu. De la fundurile de sac conjunctivale aceste granulaţiuni se întind tot aşa de numeroase şi către conjunctivele tarsale pe cari le acoperă până chiar aproape de marginea liberă a pleoapelor. Dese ori alături de aceste granulaţiuni se văd mai ales în partea mijlocie a tarsului superior şi cicatrice retractile. Conjunctiva bulbară este şi ea acoperită în mod difuz de fine granulaţiuni izolate, cari se găsesc şi pe cuta semilunară ipertrofiată. La prima impresiune această formă clinică s'ar putea să ne facă să ne gândim la catarul primăvăratec. Ea este una din acele forme clinice care dă cele mai multe complicaţiuni oculare, în cât este forma clinică cea mai malignă şi din nefericire este şi forma cea mai des întâlnită.

Forma catifelată. Examenul unui bolnav prezentând această formă clinică de trahom cronic ne arată că conjunctiva fundurilor de sac este mult ipertrofiată şi cutată. Pe suprafaţa acestor cute şi paralel cu ele se văd extrem de numeroase şănţuleţe, puţin adânci, cari se întretae. In acest mod se delimitează pe conjunctiva fundurilor de sac cât şi pe aceia a tarsurilor din spre partea lor aderentă numeroase foiţe conjunctivale puse unele lângă altele foarte îndesat, în cât în total dau conjunctivei mai ales când pleoapele sunt întoarse un aspect de catifea datorit ipertrofiei papilelor (trahom papilar). Acest aspect catifelat se observă în special la nivelul pleoapei superioare. Micile şănţuleţe de cari am vorbit devin mult mai pronunţate la nivelul marginei aderente a tarsului superior şi unindu-se între ele d'alungul acestei margini fac să rezulte un puternic şanţ care începe de la unghiul intern şi merge până la cel extern al ochiului, şanţ care devine foarte bine vizibil când se răsfrânge pleoapa superioară. Restul conjunctivei este presărat de fine granulaţiuni aşezate în mod izolat. Această formă pare că este ceva mai puţin gravă de cât forma granulară este totuşi în deajuns de rebelă şi destul de des însoţită de complicaţiuni.

Terminaţiunea Conjunctivitei granuloase prin cicatrice

Trahomul fie în evoluţiunea sa normală, neinfluenţată de tratament, fie în urma tratamentului, are tendinţă manifestă de a duce spre sclerozarea conjunctivelor prin formaţiunea de cicatrice. Acestea reprezintă de altfel și procesul de vindecare al conjunctivei și formațiunea lor o urmărim prin aplicațiunea variatelor tratamente. Prezența cicatricelor însă nu înseamnă că procesul trahomatos e vindecat complect, căci uneori aceste cicatrice când au fost rezultatul unui tratament insuficient pot ascunde sub ele procesul trahomatos latent, care printr'o ocaziune sau alta poate să isbucnească sub forma de recidive.

Cicatricele nu sunt nici de cum cauzele complicațiunilor corneene după cum se credea, numai pentru motivul că aceste manifestațiuni coincidau local în timp; din contra, când sunt rezultatul unui bun tratament ele opresc producerea complicațiilor trahomului. Cicatricele sunt bine vizibile mai ales la nivelul conjunctivelor tarsale și în special a celei superioare. La acest nivel ele au aderențe profunde cu tarsul în cât apar totdeauna deprimate și cu caractere retractile. După intensitatea procesului inflamator trahomatos, cicatricele sunt subțiri când inflamația a fost atenuată și devin cu atât mai groase cu cât procesul inflamator a fost mai exagerat. Colorațiunea lor este albă sidefie. Ele se prezintă sub trei aspecte diferite și anume: une ori au un aspect stelat, aderând profund cu partea lor centrală de tars. Când aceste cicatrice se găsesc mai numeroase ele dau un aspect caracteristic feței profunde a tarsului și în special a celui superior.

Alte ori ele se prezintă ca bande bine distincte, mai subțiri sau mai groase, mai late sau mai înguste, bande cari prin puterea lor retractilă pot duce uneori la deformațiuni palpebrale. Una din aceste bande a descris-o deja Fuchs la nivelul feței profunde a tarsului superior cam la mijlocul lui și plecând de la un unghiu până la celalt al ochiului. Această puternică bandă retractilă, unită cu ramoliția tarsului de la nivelul său ar fi cauza entropionului pleoapei superioare. Noi am avut ocaziunea să vedem în numeroasele cazuri de trahom observate prezența în mod foarte des a unor bride cicatriciale cari pornesc: una de la extremitatea superioară și alta de la cea inferioară a cutei semilunare, bride cari apoi se duc respectiv la pleoapa superioară și inferioară unde se prind în formă de evantail de conjunctiva fundurilor de sac până în apropierea punctelor lacrimale. Credem că aceste bride pe care le-am găsit destul de constant in cazurile incipiente de entropion cât și în entropioanele vechi joacă un oare care rol în producerea lor. Ele influenţează mai ales jumătatea nazală a pleoapelor, cari din observaţiunile noastre este mai mult entropionată de cât restul pleoapelor.

In fine cicatricele se mai pot prezenta şi sub aspectul unei împâsliri de bande cicatriciale, de dimensiuni variabile. Ele se întretae în toate sensurile, în cât rezultă o reţea cicatricială albă sidefie ale cărei ochiuri ne apar colorate în roş de diferite nuanţe, formate din părţi de conjunctivă nesclerozate încă sau din muguri trahomatoşi neinfluenţaţi încă de tratament.

De şi cicatricele reprezintă mijlocul de vindecare al trahomului am spus totuşi că ele pot înşela pe terapeut făcând să apară mai târziu la acelaş individ recidive şi iată pentru ce: când se aplică un tratament ori care ar fi el se întâmplă că din suprafaţa conjunctivei tratate au mai rămas mici câmpuri în care procesul trahomatos nu a fost în deajuns distrus. In asemenea cazuri în părţile unde procesul trahomatos a fost bine suprimat se formează cicatrice cari în tendinţele lor extensive acoperă şi micile câmpuri ce au încă germeni trahomatoşi, germeni cari astfel rămân ascunşi sub cicatrice. Procesul trahomatos urmează astfel o evoluţiune lentă tacită, subcicatricială. Mai târziu mugurii trahomatoşi distrug ţesutul cicatricial al conjunctivei, în punctele sale mai slabe, eşind la suprafaţă şi ast-fel se explică cum apar mugurii trahomatoşi în mijlocul câmpurilor de scleroză.

La nivelul fundurilor de sac cicatricele fac să adere conjunctivele tarsale de cea bulbară în cât aceste funduri de sac apar mult mai reduse ca adâncime, iar alte ori sunt complect dispărute printr'un simblefaron posterior.

Complicaţiile trahomului. Atât în formele sale acute cât şi mai cu seamă în formele sale cronice, trahomul este foarte des însoţit de diverse complicaţiuni oculare. Dintre aceste complicaţiuni oculare cele mai frequente sunt: panusul şi ulcerele corneene.

Panusul trahomatos este format dintr'un ţesut de neoformaţiune, care de cele mai multe ori are aspect gelatinos şi înaintează de la periferie către centrul corneei. Une-ori el este foarte subţire, ceea ce a făcut să i se dea de către unii autori numele de panus tenuis. Ţesutul său este foarte vascularizat, iar vasele nu sunt de cât ramificaţiuni ale celor conjunctivale. Suprafaţa lui este neregulată, fin boselată, având chiar granulaţiuni fine izolate. La nivelul său cornea este opacifiată de o intensitate variabilă cu grosimea ce o prezintă. Panusul trahomatos clasic e descris că începe de la partea superioară a corneei. Foarte des însă noi l'am observat incepând de la partea ei internă, unde îl vedem că este în legătură cu 2—3 trunchiuri vasculare mici, cari pornind de la cuta semilunară, şerpuesc paralel în grosimea conjunctivei bulbare, până la partea internă a limbului cornean, unde se ramifică în grosimea panusului. In majoritatea cazurilor el ia un aspect semilunar, care respectă numai partea inferioară a corneei. Marginea sa invadantă este circulară şi neregulat festonată. Mult mai rar se prezintă această margine ca o linie dreaptă aşa cum se descrie şi se figurează în cărţile clasice. Mai târziu panusul face înconjurul întregei cornee, în timp ce el progresează continuu spre centrul ei. La un moment dat întreaga cornee ajunge să fie acoperită de panus, afară de partea ei centrală, corespunzătoare pupilei. Când procesul trahomatos continuă însă a progresa, chiar această parte centrală a corneei este acoperită de panus, iar vederea dispare complect.

Ori-cât ar fi de întins panusul, el poate totuşi să dispară, lăsând corneei transparenţa sa, mai ales când nu este prea ipertrofic şi este tratat mai aproape de început.

In cazurile în cari însă panusul are un aspect exagerat ipertrofic, cazuri cari corespund la ceea-ce uni autori au numit panusul cărnos, limpezirea corneei nu se mai poate face, iar în locul panusului vindecat rămân cicatrice opace. In asemenea cazuri intense de panus, se pot observa şi complicaţiuni din partea irisului consistând în irite.

Ulcerele trahomatoase ale corneei. Aceste ulcere apar, fie pe însăşi suprafaţa corneei, fie la nivelul panusului, în care caz ocupă de preferinţă marginea lui invadantă.

Aceste ulcere ale panusului pot ocupa întreaga lor margine, festonată şi invadantă sau chiar numai unul din punctele ei.

Ulcerul odată format are dese-ori tendinţa să înainteze către centrul corneei în aşa mod în cât une-ori întreaga cornee este acoperită de o ulceraţie superficială cu un fund murdar, neregulat, grăunţos. Alte-ori însă, ulcerul rămâne localizat, urmându-şi pe loc întreaga lui evoluţie. Afară de aceste ulcere în legătură cu panusul, se mai găsesc pe cornee şi ulcere izolate, aşezate în vecinătatea centrului corneei, ulcere cari se prezintă excavate şi în afară de acesta, când nu sunt încă pe cale de reparaţiune au un fond murdar cu o infiltraţie corneană în jur.

Când însă procesul lor regenerator începe, aceste ulcere devin curate, sclipitoare, iar infiltraţia din jurul lor dispare.

In fine, alături de aceste ulcere deja formate se mai pot zări în cazurile incipiente ale complicaţiunilor corneene şi infiltraţiuni corneene, cari de cele mai multe ori sunt aşezate către periferia corneei şi mai ales în jumătatea ei superioară.

Ulcerele prin vindecarea lor duc tot-deuna la formarea de cicatrice opace. Aceste cicatrice nu au forma deprimată a ulcerelor ci revin la nivelul corneei sau cel mult formează mici faţete lucioase pe suprafaţa corneană.

Entropionul constă într'o incurbaţiune a marginelor libere ale pleoapelor înăuntru, spre globul ocular. Această incurbaţiune rezultă din 2 cauze principale şi anume: din cauza bridelor cicatriciale ale conjunctivelor şi în special a celor tarsale şi al doilea din cauza ramoliţiei tarsurilor. Entropionul este mai pronunţat de partea nasală a pleoapelor şi am văzut că lucrul se explică prin prezenţa unor bride cicatriciale, cari pleacă ca nişte frâuri de la extremităţile cutelor semilunare spre a se duce tocmai către partea nasală a fundurilor de sac conjunctivale.

Acest lucru arată pentru ce dese-ori întâlnim în clinică panusul pornind tocmai de la partea internă a corneei, ceea-ce se explică prin faptul că cilii sunt mai deviaţi înăuntru de această parte şi deci irită şi mai mult corneea.

Deviaţiunea marginei libere a pleoapelor aduce deci după sine deviaţiunea direcţiei cililor şi constitue trichiazisul, a cărui existenţă este tot-deauna un iritant vătămător pentru cornee.

Ectropionul este de asemenea una din complicaţiunile trahomului, consistând într'o deviaţiune a marginelor libere ale pleoapelor într'o direcţie opusă aceleia din entropion. De regulă el nu se găseşte de cât la pleoapa inferioară, unde prezintă diverse grade de intensitate; aşa într'un prim grad, pleoapa inferioară pare numai mai largă şi mai flască; într'un grad mai înaintat singura ei margine liberă e puţin resfrântă în afară şi în fine în gradul cel mai înaintat, pleoapa inferioară în întregime cu tot tarsul ei este expusă aerului. In acest din urmă grad ectropionul este rezultatul interpunerei conjunctivei ipertrofiate şi cutate între pleoapă şi bulb, iar contracţiunea fibrelor orbicularului îndeplineşte răsfrângerea pleoapei. Pleoapa ast-fel ectropionată prezintă conjunctiva sa cu aspect neregulat, boselat şi epidermic. Globul ocular rămâne incomplect acoperit de pleoape când ele se închid.

In stările de trahom acut, când pleoapele sunt roşii, mult edemaţiate, reacţia inflamatorie intensă, dese ori se poate vedea cum marginile libere ale pleoapelor, au o uşoară tendinţă la ectropionizare.

Insăşi închiderea pleoapelor bolnave aceştia o execută cu mult mai puţină energie, în cât credem că în aceste cazuri acute există o tendinţă la ectropion de natură paretică a orbicularului.

Simblefaronul posterior consistă într'o unire cicatricială a conjunctivelor palpebrale cu cea bulbară, unire din care rezultă o dispariţiune a fundurilor de sac conjunctivale. Această complicaţiune se observă foarte bine, când există, mai ales la nivelul pleoapei inferioare pe care, când căutăm să o resfrângem în afară, o vedem unită cu cu conjunctiva bulbară prin fine bride cicatriciale verticale şi paralele între ele. Aceste bride reduc une-ori foarte mult sacurile conjunctivale, iar alte-ori le fac să dispară complect, înlocuindu-le prin câte un şanţ puţin profund, situat între pleoape şi bulb. Din aceste cauze, bolnavii simt dese-ori o jenă în mişcările globilor lor oculari, cari nu mai au libertatea anterioară a câmpurilor lor de excursiune. In acelaşi timp expun la ectropionizare pleoapa inferioară prin tracţiunile ce le execută globul în mişcările lui în sus asupra feţei conjunctivale a pleoapelor.

Xerozisul conjunctival. Când sclerozarea conjunctivală este foarte pronunţată, conjunctiva pierde facultatea sa secretorie, din care cauză producţiunea lacrimilor diminuă progresiv, iar lichidul ce se mai secretă încă, are o consistenţă văscoasă, în cât bolnavii declară că au o senzaţiune de uscăciune în ochi. Mai apoi apar la suprafaţa conjunctivei insule izolate de ţesut uscat, cari nu mai sunt muiate de lacrimi şi au tendinţa să acopere întreaga conjunctivă. Cornea însăşi care a suferit deja complicaţiuni şi e transformată în ţesut cicatricial, suferă şi ea de această lipsă de muiare, în cât ia aspect epidermic şi devine opacă.

In modul acesta se instalează xeroftalmia, care constitue terminarea cea mai nenorocită a trahomului: ochiul rămânând orb fără remediu desfigurând şi incomodând pe pacient prin senzaţia continuă de uscăciune.

Opacităţile corneei, nu intră propriu vorbind în complicaţiunile trahomului ci mai mult în consecinţele acestor complicaţiuni. Aceste opacităţi cari une-ori, când sunt situate rău, tulbură mult vederea pacienților, pot fi consecințele și ale panusului și ale ulcerelor corneene. Și într'un caz și în altul, ele sunt rezultatul unor cicatrizări corneene și se prezintă cu intensități variabile cu importanța complicațiunilor: une-ori putându-se prezinta ca simple încețări corneene, iar alte ori ca groase cicatrice, albe sidefii. In privința suprafeței lor, de cele mai dese ori, ele sunt plane; alte ori acoperind ectazii corneene, iau forma bombată a acestora.

Ectaziile corneei. Atât panusul cât și ulcerele corneene pot să lase în urma lor ectazii ale corneei. Panusul mai ales când a infiltrat întreaga cornee și a pătruns chiar în profunzimea țesutului cornean dă naștere la o slăbire a acestui țesut, de unde în urma cicatrizărei, rezultă o parte slabă a ochiului, care rezistă mai puțin presiunilor intra-oculare.

In aceste cazuri se produce mai des ectazia totală a corneei.

In cazurile de ulcere corneene se întâmplă une-ori și perforațiuni, cari după cicatrizare produc stafiloame, ocupând mai des centrul corneei din cauza însăși a perforațiunei, care se produce mai frequent în acest loc. Aceste ectazii corneene au formele cele mai variate și mai neregulate, între cari predomină forma emisferică și conică.

Diagnosticul diferențial al trahomului

Acest diagnostic se poate face cu toate maladiile conjunctivale și chiar cu maladiile unora din alte părți ale ochiului. Din punct de vedere practic însă este mai bine să studiem acest diagnostic diferențial pentru fie-care formă de trahom în parte arătând formele clinice cele mai asemănătoare cu ale trahomului.

Diagnosticul diferențial al trahomului acut sub forma sa catarală, se poate face cu: *catarul conjunctival simplu,* dar în acesta în afară de simptomele subiective asemănătoare și în afară de *injecție* vasculară conjunctivală intensă nu observăm aspectul infiltrat al fundurilor de sac, cari din contra sunt netede lucioase. *Formele catarale ale blenoragiei* au oare care asemănare cu acest trahom, dar examenul bacteriologic ne arată prezența a numeroși gonococi. *Blefarita ciliară* când este într'un stadiu acut se însoțește des de reacțiune conjunctivală, însă examenul mai atent al marginilor palpebrale ne indică adevărata natură a maladiei.

Furunculele palpebrale se însoțesc totdeauna de un mare edem palpebral și o intensă reacție inflamatorie conjunctivală, dar palparea pleoapelor ne arată totdeauna un punct dureros corespunzător sediului furonculului. *Diagnosticul diferențial al trahomului folicular* se poate face cu: *conjunctivita foliculară.* In aceasta din urmă conjunctiva nu este infiltrată și apoi printr'o terapeutică ușoară trece fără multă dificultate. *Exantemele acute* (rugeola, variola) dau de asemenea reacțiuni conjunctivale intense asemănătoare acestei forme de trahom, se pot însă ușor diferenția prin faptul că însoțesc o maladie generală infecțioasă și apoi trec cu mult mai rapid.

Diagnosticul diferențial al trahomului acut cu formă bulbară se poate face cu: *Conjunctivita lui Parinaud,* dar în aceasta din urmă se observă tumefacțiuni ganglionare și în plus existența febrei și neexistența cicatricelor. *Tuberculoza conjunctivei* ia uneori aspectul acestei forme cronice a trahomului. Cercetările bacteriologice și în special inoculațiunile la animale ne pun imediat pe urma diagnosticului. *Conjunctivita limfatică* se prezintă uneori cu un aspect tipic de trahom granular. Tratamente ușoare, anodine, reușesc să aducă dispariţiunea tutulor simptomelor locale în timpul cel mai scurt. *Conjunctivita eczematoasă* și cea *impetiginoasă* dau loc uneori la confuziuni, dar în asemenea cazuri examinând fața și capul bolnavului găsim leziuni de aceiași natură și pe aceste regiuni, unde au un aspect mai tipic. In absența acestora, întrebuințarea locală a pomadei galbene face ca aceste afecțiuni să dispară cu rapiditate. *La indivizii limfatici,* cu țesutul adenoid conjunctival ușor iritabil se produce foarte deseori în urma iritațiilor variate precum și în urma afecțiunilor oculare de tot felul (irite chiar) o reacțiune conjunctivală însoțită de granulațiuni, care cedează însă cu mai multă sau mai puțină ușurință, după afecțiune, în urma tratamentelor bine indicate.

Diagnosticul diferențial al trahomului catifelat se poate face cu *conjunctivita gonococică* în faza ei terminală sau cu conjunctivita ocazionată de bacilul lui Weeks, în care cazuri ne lămurește examenul bacteriologic. *Pemfigusul conjunctivei* are oare care asemănare cu această formă de trahom, dar coexistența lui și pe restul tegumentelor și al mucoaselor ne indică natura.

Infecțiunile supra-adăogate ale trahomului. Trahomul cronic deseori este supus la acțiunea infecțiunilor secundare, cari prin aceasta îi modifică întru cât-va aspectul său clinic, făcându-l să ia caractere clinice intermediare mai greu diagnosticabile. In general, sub influenţa infecţiunilor secundare trahomul cronic ia totdeauna o formă acută, ceea ce a făcut pe unii autori să nege existenţa unui trahom acut pur, care după ei nu ar fi de cât un trahom cronic pus în stare acută printr'o infecţie secundară.

Uneori aceste infecţiuni secundare se localizează pe conjunctivă în acelaş timp cu infecţiunea trahomatoasă, în cât la început nici nu putem bănui existenţa trahomului. Mai târziu însă, când în urma tratamentului infecţiunea supra-adaogată dispare, conjunctiva rămâne cu aspectul caracteristic al uneia din formele de trahom studiate.

Infecţiile supra-adăogate ale trahomului sunt foarte frequente căci se pare că conjunctiva alterată de trahom este un bun teren pentru ele. In ce priveşte agenţii cari produc aceste infecţiuni, părerile autorilor sunt dintre cele mai variate. Se pare însă că aceste infecţiuni diferă după locuri, timp şi alte cauze mai puţin precise.

Astfel Morax a remarcat în Egipt că, în lunile Aprilie şi Mai conjunctivita granuloasă cronică prezintă o stare acută datorită asociaţiunei bacilului lui Weeks, iar în lunile Iunie şi Iulie starea acută era datorită gonococului. In alte ţări infecţiunea asociată cea mai deasă ar fi cauzată de diplobacil, ceea ce a constatat Volaro în Italia.

La noi în ţară am constatat că de cele mai multe ori microbii asociaţi erau: pneumococul, diplobacilul Morax-Axenfeld, Stafilococul.

Profilaxia conjunctivitei granuloase

Mai toate ţările culte ale Europei şi Americei au luat măsuri energice pentru combaterea şi profilaxia trahomului, şi numai graţie unor astfel de măsuri armata belgiană care la 1840 număra 200 granuloşi la mie, nu mai avea la 1900 de cât 0.67 la mie. Armata prusiană care la 1867 număra 32.3 trahomatoşi la mia de recruţi nu mai are astăzi de cât sub 1 la mie.

Ungaria de asemenea a văzut scăzând enorm numărul granuloşilor. Toate aceste ţări au recurs în lupta lor contra trahomului la mijloace din cele mai variate consistând în alcătuirea de statistici riguroase ale trahomului, declaraţiunea obligatorie (ca ceea prevăzută în legea sanitară prusiană din 28 August 1905), izolarea şi tratarea granuloşilor în spitale speciale, înfiinţarea de medici inspectori speciali şi cursuri speciale obligatorii pentru medicii civili şi militari, mijloace cari ar fi de dorit să se aplice şi la noi în ţară unde trahomul este aşa de răspândit.

Izolarea trahomatoşilor a fost considerată totdeauna ca cea mai bună măsură profilactică contra trahomului.

Două obstacole însă s'au opus totdeauna la punerea în practică a acestui mijloc preventiv şi anume: pe deoparte lunga durată a boalei, iar pe de altă parte cum este în ţară la noi, marele număr al granuloşilor. Observaţiunea clinică însă a arătat că granulaţiunile trahomatoase nu sunt în realitate contagioase de cât în anumite condiţiuni, în afara cărora contagiunea este foarte redusă. Aceste condiţiuni speciale de contagiozitate ale trahomului sunt realizate prin trahomul acut şi infecţiunile supra-adăogate, cari dau naştere la o bogată secreţiune conjunctivală, identică uneori cu un adevărat jetaj ocular. Determinarea naturei acestor infecţiuni supra-adăogate şi tratarea lor atât timp cât secreţiunea subzistă în sălile de izolare este una din măsurile profilactice cele mai eficace pentru oprirea extensiunei trahomului. Pe lângă măsurile administrative cari ar trebui luate pentru ospitalizarea şi tratarea granuloşilor este necesar să se mai adaoge numeroase instrucţiuni, cari să se răspândească în populaţie spre a o instrui asupra pericolelor trahomului, contagiozităţei şi mijloacele de a o evita.

In armată granuloşii nu ar trebui să fie înapoiaţi la vetrele lor de cât după ce au fost ospitalizaţi şi îngrijiţi suficient pentru a nu constitui un pericol pentru populaţiunea civilă. In ultimi ani la noi serviciul sanitar al armatei a luat această măsură înfiinţând infirmeriile de ochi de la Teiş şi Frumoasa.

In şcoli, pensioane, orfelinate, trebuesc izolaţi granuloşii cu secreţie şi se vor supraveghea granuloşii, fără de secreţie. Populaţiunea muncitoare este un agent de răspândire foarte des al trahomului în cât ar trebui să fie examinată mai de aproape.

Acelaş lucru trebueşte făcut şi pentru emigranţi, ei trebuesc îngrijiţi în locul unde au contractat boala. Statele americane de altfel opresc intrarea ori cărei persoane atinse de conjunctivita granuloasă.

Graţie acestor mijloace profilactice aplicate cu multă rigurozitate şi bazate pe date ştiinţifice din cele mai exacte, trahomul are astăzi în Europa şi chiar în restul continentelor o vădită tendinţă spre dispariţiune. In România, unde acest flagel este din cele mai de temut, nu s'a dat o luptă energică contra acestei boale, în cât numărul trahomatoşilor este încă într'un grad din cele mai mari, ceea-ce necesită de urgenţă o intervenţiune mai insufleţită.

Tratamentul conjunctivitei granuloase

Indicaţiunile terapeutice ale trahomului vizează 2 scopuri şi anume:

a) Să facă să dispară secreţiunea infectantă şi odată cu ea fenomenele zgomotoase de cari este însoţită şi

b) Să distrugă procesul trahomatos însăşi.

Pentru a face să dispară secreţiunea purulentă procedăm în modul următor: Se curăţă prealabil suprafaţa întregei conjunctive prin spălături făcute cu o soluţiune de oxicianur de mercur $1/_{4000}$, sau cu acid boric 4°/₀, sau în fine cum se practică în serviciul Oftalmologic de la Spitalul Colţea cu colir luteu astringent. După această prealabilă tualetă, se răsfrâng ambele pleoape în afară, se alătură una de alta marginele lor tarsale aderente, în aşa fel ca să acopere cornea şi se toarnă cu un picător câteva picături din o soluţie cauterizantă uşoară de nitrat de argint 2—3°/₀. Lichidul cauterizant devenit ast-fel opalescent este spălat cu puţin colir şi nu are nici decum nevoe de o neutralizare prin o soluţie de clorur de sodiu.

Examenul ocular făcut după acest timp ne arată: o subţire falşă membrană care acoperă suprafaţa conjunctivelor. Această membrană formată din straturile epiteliale superficiale, mortificate, chiar după aceste 24 de ore se deslipeşte de conjunctiva subjacentă şi formează mici lambouri aderente încă cu unul din capetele lor şi inotând cu celalt în fundurile de sac conjunctivale. După alte 24 ore această falşă membrană este complect eliminată. Acest tratament trebueşte urmat zilnic atât timp cât fenomenele inflamatorii intense perzistă încă. Indată ce ele încep să se micşoreze, cauterizările se răresc din ce în ce mai mult. In afară de acest tratament, pentru a lupta şi contra intensei inflamaţiuni palpebrale vom consilia bolnavul să-şi aplice o mare parte din timp: comprese umede pe regiunea palpebrală.

Pentru distrugerea procesului trahomatos însăși s'au întrebuințat de foarte de demult mijloacele terapeutice cele mai variate pe cari, pentru mai multă ordine, le vom grupa în: mijloace chimice și mecanice.

Mijloacele chimice. Intre mijloacele chimice întrebuințate pentru distrugerea procesului trahomatos citâm *sulfatul de cupru* a cărui întrebuințare de și foarte veche este încă clasică.

Forma sub care s'a întrebuințat mai des este creionul, cu care se practică chiar un ușor masaj al conjunctivei. Prin acțiunea lui caustică puternică el dă naștere la o senzațiune de arsură cu mult mai dureroasă de cât cea dată de nitratul de argint. Nu se întrebuințează sub această formă de cât când voim să cauterizăm suprafețe mai limitate din conjunctivă; când însă dorim să-l facem să lucreze asupra întregei conjunctive atunci se întrebuințează sub formă de soluțiune apoasă de 5—10%. Cauterizările trebuesc urmate de spălături cu o soluție antiseptică rece, care mai ușurează durerile.

Acest tratament la început e făcut zilnic, când însă leziunile merg spre cicatrizare, cauterizările se mai răresc.

In timpurile mai din urmă Darier a întrebuințat contra trahomului și *radiațiunile radiului* și a obținut rezultate din cele mai încurăjătoare. In acest scop el a inventat un aparat special care îi permite o ușoară aplicare a radiului pe conjunctive. Aplicarea însă nu o face direct căci ar vătăma cornea și membranele profunde ale ochiului. Acțiunea radiului fiind cumulativă, nu-l întrebuințează de cât 1—2 ori pe săptămână, și fiind și analgeziantă, tratamentul prin acest metod este complect indolor.

In fine, tot între mijloacele chimice trebue să mai citām *electroliza,* care a fost practicată pentru prima oară în Belgia și a avut de partizan pe de Wecker. In acest scop se aplică polul negativ cu formă de ac, deasupra foliculilor, în care se și înfige, iar polul pozitiv este aplicat pe frunte.

Mijloacele mecanice par a avea în momentul de față o importanță cu mult mai mare de cât mijloacele medicale, chimice, ceea-ce a și făcut pe mulți dintre autorii cari s'au ocupat cu această chestiune să spună că viitorul terapeutic al trahomului este rezervat chirurgiei.

Din aceste motive vom căuta să trecem în revistă procedeele mecanice cele mai uzitate și vom inzista la urmă în special asupra unui procedeu chirurgical imaginat și pus în practică pentru prima oară, în țară la noi, de către d-l profesor Manolescu, care l-a numit periaj.

Dintre aceste procedee cităm următoarele:

Exciziunea fundurilor de sac pe care a practicat-o și consiliat-o Galezowski pare a fi una din cele mai puțin raționale intervențiuni, deoarece: procesul trahomatos nu consistă numai în foliculii vizibili ce se observă la nivelul fundurilor de sac conjunctivale ci și în o infiltrație trahomatoasă difuză care se întinde și dincolo de porțiunile de conjunctivă excizate. Acest procedeu este menit să ducă la formațiunea unui simblefaron posterior. Singura indicație logică pe care ar avea-o ar fi în cazurile în cari există o ipertrofie a conjunctivelor fundurilor de sac.

Scarificațiile s'au recomandat să fie făcute cu ajutorul scarificatorului lui Desmarres sau cu ajutorul unui bisturiu mic și să fie urmate de masaj sau de spălături antiseptice, cari ar da rezultate foarte bune după Wicherkiewicz în asemenea ocaziuni. Scarificațiunile sunt în realitate de oare-care folos în formele bulbare ale trahomului acut, unde mai ușurează senzațiunea de tensiune oculară pe care o simte bolnavul din cauza chemozisului.

Termocauterul și *galvanocauterul* au fost și sunt încă destul de mult întrebuințate. Intrebuințarea lor este de oare-care folos mai ales în cazurile ușoare și incipiente. In cazurile însă când leziunile sunt difuze acțiunea lor este mai puțin sigură și mai puțin inofensivă.

Expresiunea foliculilor a fost introdusă în terapeutica trahomului de către Piltz din Praga. Uneori ea se face cu ajutorul degetelor cari pot strivi granulațiunile, iar alteori se întrebuințează forcepsul-pensetă al lui Knapp, sau expresorul lui Kuhnt. Acest procedeu însă nu este aplicabil de cât în cazurile cu granulațiuni tinere și moi și pe de altă parte prin el nu putem influența de cât numai o parte a conjunctivei.

Masajul a fost preconizat de către Costomiris din Athena. El se practică cu degetul său cu ajutorul unui stilet înfășurat la o extremitate cu vată. Această extremitate se moae mai întâi într'o slabă soluțiune de oxicianur de mercur, de sublimat sau în praf de acid boric și apoi cu ea se freacă suprafața conjunctivei până la distrugerea granulațiunilor. Acest procedeu ca și precedentul are marele defect că nu poate să influențeze de cât granulațiunile tinere, moi, iar dintre acestea numai de acelea situate la nivelul conjunctivei tarsale.

Raclajul a fost recomandat de către Sattler la 1879. El însă nu se poate întrebuinţa de cât numai în cazurile când există formaţiuni ipertrofice, localizate. Noi îl întrebuinţam în cazurile în cari după periaj se refac muguri izolaţi trahomatoşi, când rezultatele lui sunt satisfăcătoare.

Perierca este o metodă chirurgicală de tratament al trahomului, care a fost imaginată şi practicată pentru prima oară de către d-l profesor dr. Manolescu, la noi în ţară, la 12 August 1888. Operata era o tânără ovreică pe care d-l profesor Manolescu o tratase timp de 6 luni înainte prin toate mijloacele medicale şi chirurgicale cunoscute.

Atunci, aducându-şi aminte, că avusese deseori ocaziunea să întâlnească indivizi prezentând pe conjunctivele lor cicatrice tipice de trahom, fără ca aceşti indivizi să se fi simţit bolnavi de ochi vreodată, se întrebă dacă nu cumva aceste cicatrice atât dn mult temute de oftalmologi nu ar putea fi în realitate chiar un proces de vindecare al maladiei şi dacă nu cumva în loc să ne temem de ele nu ar trebui să le creiem artificial. Condus atunci de această idee, îşi imagină procedeul care astăzi după rezultatele obţinute în clinica oftalmologică a spitalului Colţea, putem spune că reprezintă procedeul terapeutic cel mai superior din câte avem, procedeu care îi aparţine în întregime. Tocmai mai târziu, în anul 1891, d-l profesor dr. Manolescu îşi făcu cunoscut procedeul său într'o publicaţiune apărută în No. din Ianuarie, din „Revue médico-pharmaceutique“ publicată la Constantinopol. Cu un an mai înainte însă, la 7 Martie 1890 el adresă o scrisoare lui de Wecker în care îi facu cunoscut în mod detaliat noul procedeu terapeutic pe care îl inventase, arătându-i rezultatele obţinute şi rugându-l să-l experimenteze şi el spre a-i comunica părerea ce o va avea.

La 23 Martie 1890 de Wecker îi răspunde în modul următor: „Principiul pe care este bazat noul d-voastră tratament este absolut raţional şi trebue să dea negreşit bune rezultate, căci şi din acest punct de vedere sunt de opiniunea d-voastră : nu cele câte-va insule cicatriciale ale conjunctivei sunt cauza deplasărei cililor şi alteraţiunilor corneene prin frecare, ci deformaţiunile tarsului şi terapeutica noastră trebue să fie îndreptată tocmai contra acestei invaziuni a părţilor submucoase prin elementele infecţioase.

Abadie şi Darier, cari mai târziu, prin 1892, nu au făcut de cât să vulgarizeze acest procedeu în Franţa, într'o şedinţă care a avut loc la Societatea franceză de Oftalmologie, la 3 Mai 1892, vorbind despre această metodă de tratament chirurgical își asumă paternitatea ei numindu-se promotorii metodei.

Cum la ședință lua parte și de Wecker, care deja cu 2 ani înainte primise scrisoarea pe care am citat-o, luând cuvântul a spus: „Datoresc scuze publice și o reparațiune amicului și vechiului meu șef de clinică Manolescu. Am primit de la el la 7 Martie 1890 un lung memoriu, pe care îl păstrez cu prețiozitate, în care Manolescu îmi expunea metoda sa de periaj cu rugămintea să binevoesc a o experimenta, făcându-i cunoscut opiniunea mea“.

La această obiecțiune Abadie și Darier nu au mai răspuns, recunoscând ast-fel prioritatea d-lui prof. dr. Manolescu.

Și fiind-că Darier și Abadie au pretins a fi promotorii acestei metode să expunem în scurt metoda lor de operațiune, arătându-i în acelaș timp și defectele, cari sunt cu totul înlăturate în metoda d-lui prof. Manolescu.

In metoda lor ei se servesc de o pensă de forcipresură cu dinți, cu care apucă pleoapele aproape de marginele lor libere și paralel cu ele. Răsucesc apoi pensa în așa fel ca să expună cât mai mult cartilagele tarsale și fundurile de sac conjunctivale. Apoi fac, începând în punctele cele mai depărtate o scarificare a suprafeței granulațiilor cu ajutorul unui scarificator cu 3 lame, prin care mijloc conținutul gelatinos al granulațiilor se videază. Cu o curetă tăioasă curăță apoi toată această masă gelatinoasă care ar putea infecta peria, cu care se execută al 3-lea timp al periajului. După operațiunea aceasta ei spală suprafața avivată cu o soluțiune de sublimat $1/_{500}$, iar în zilele următoare continuă spălăturile cu aceiași soluțiune.

Examenul acestui procedeu ne arată că el prezintă două mari defecte și anume: modul de răsfrângere al pleoapei este foarte dureros prin brutalitatea lui, și al 2-lea prin acest procedeu nu se reușește nici odată să se perieze suficient fundurile de sac conjunctivale superioare, inferioare, precum și fundul de sac corespunzător unghiului extern ai ochiului, adică tocmai acolo unde se strâng de preferință granulațiile trahomatoase.

Să vedem acum care este metoda de periaj indicată de către d-l prof. Manolescu.

Materialul necesitat de această operațiune este următorul:

1. O pensă cu șurub, cu extremitățile cât se poate de subțiri

spre a putea prinde solid, dar în acelaş timp şi pe o mică întindere conjunctiva fundurilor de sac ce voim să periem.

2. Mai multe perii de dinţi, de o lărgime cât se poate mai mică şi cu perii tari tăiaţi scurţi de 3—5 mm. Numărul de perii întrebuinţat în o singură operaţiune este de 5—6, căci din cauza fibrinei sângelui ce iese la suprafaţa conjunctivei perii se aglutinează, iar puterea de roadere a periilor scade.

3. Mai multe tampoane mici de vată aşezate într'o tăviţă cu o soluţie de sublimat $1/_{1000}$, cari servesc la curăţirea câmpului operator în timpul operaţiei, spre a putea urmări de aproape acţiunea mecanică a periei.

4. Materialul de pansament necesar facerei unui pansament umed local. Este bine înţeles că întreg materialul descris trebue să fie prealabil sterilizat, iar regiunea palpebrală se spală cu săpun şi antiseptice. Mâinele operatorului se desinfectează ca pentru cele-alte operaţiuni.

Este o bună precauţiune de asemenea ca atât operatorul cât şi ajutorul să aibă ochii apăraţi prin nişte ochelari mari escavaţi cari să-i acopere în întregime spre a-i apăra de infecţie.

Se face apoi anestezia locală prin instilaţiuni repetate la începutul cât şi în timpul operaţiunei cu o soluţie de cocaină $4^{0}/_{0}$. Anestezia o mai obţinem şi prin injecţiunile subconjunctivale cu cocaină.

Se procedează apoi la actul operator în sine, care pentru fie care din ochi cuprinde 3 timpi principali şi anume: periajul fundului de sac superior, al celui inferior şi al celui de la unghiul extern al ochiului.

Fie care din aceşti timpi operatori se pot descompune în mai multe momente şi anume:

Periajul fundului de sac superior. Se prinde cu pensa o cută de conjunctivă din vecinătatea părţei superioare a corneei pe care ajutorul o trage în jos, pe când operatorul răstoarnă în afară pleoapa superioară şi o trage în sus. In acest mod fundul de sac superior este destins ca o membrană, iar cornea este ascunsă sub o cută conjunctivală. Se ia atunci peria şi aşezându-se pe conjunctivă, paralel cu direcţiunea pleoapei se începe periarea suprafeţei granuloase cu mişcări lente, identice cu acelea ale arcuşului pe coardele vioarei şi se periază toată suprafaţa vizibilă, apăsând cu o intensitate variabilă cu felul leziunilor.

Din timp în timp se varsă pe câmpul operator o soluţie de sublimat $^1/_{1000}$. Imediat ce se începe periarea, suprafaţa conjunctivală sângerează iar sângele acoperă câmpul operator. In acest caz încetăm pentru un moment perierea, se tamponează suprafaţa sângerândă cu tampoane mici muiate în sublimat, se schimbă peria, se mai toarnă câte o picătură de cocaină dacă bolnavul a început să simtă şi se reîncepe periajul până când inspecţtunea ne arată că tot ţesutul trahomatos a fost complect înlăturat.

Periajul fundului de sac inferior se face într'un mod absolut identic cu al celui superior, aci însă pensa ajutorului prinde cuta conjunctivală de la partea inferioară a corneei şi o trage în sus, în timp ce operatorul trage de marginea liberă a pleoapei inferioare în jos, căutând să o răsfrângă.

Pentru periajul fundului de sac de la unghiul extern al ochiului pensa prinde conjunctiva la nivelul chiar al fundului de sac şi este trasă către nasul bolnavului în timp ce operatorul cu mâna lui stângă trage în o direcţie opusă comisura palpebrală externă.

Odată ajunşi aci periajul este complect terminat şi nu mai rămân de îndeplinit de cât îngrijirile post-operatorii. In acest scop d. prof. Manolescu imediat după terminarea periajului punea înainte pacientului în fundurile de sac operate o pomadă iodoformată care avea un dublu scop: antiseptic şi de a împiedica formaţia de aderenţe între pleoapă şi globul ocular. In timpurile mai din urmă însă a suprimat şi acest mic amănunt al technicei de oarece a observat că aderenţele acestea sunt foarte rare din cauza lacrimelor cari umecteazǎ necontenit suprafeţele avivate.

După periaj deci şi după spălarea câmpului operat cu sublimat se aplică un bogat pansament umed, care este schimbat tocmai a 2-a zi, când se constată că pleoapele aglutinate sunt intens inflamate şi întinse ca un balon din cauza exudatelor fibrinoase rezultate prin periaj. Prin o uşoară presiune pleoapele se întredeschid, iar din cavitatea palpebrală se precipită un lichid citrin şi floconos. Examinând suprafaţa conjunctivală o găsim acoperită de o groasă falşă membrană, grunjoasă, albă-gălbue, care e formată dintr'un exudat fibrinos aderent în primele 2 zile de conjunctiva netedă şi cu tendinţa spre cicatrizare. In primele 4—5 zile cari urmează periajului ne mulţumim să facem zilnic numai spălături locale cu colir, iar dacă cum va există vre-o tendinţă spre aderenţe, le distrugem cu un subţire bastonaş de sticlă şi interpunem o pomadă cu iodoform.

După aceste 4—5 zile putem să reîncepem uşoare cauterizări cu soluţii de nitrat de argint, atât timp cât încă mai persistă secreţia. Dacă însă observăm reformarea în mod izolat a mici muguri trahomatoşi trebue să-i distrugem cât de curând prin raclare şi cauterizare ulterioară cu sulfat de cupru. De cele mai multe ori însă după primul periaj maladia cedează cu uşurinţă dacă operaţiunea a fost bine făcută, iar bolnavul se vindecă între 3 — 5 săptămâni. Dacă însă unui bolnav căruia i s'a făcut deja un periaj îi apare o recidivă prin insuficienţa tratamentului atunci este indicat să se facă mai târziu un al 2-lea periaj care de regulă face să dispară complect procesul trahomatos. Periajul făcut în asemenea condiţiuni opreşte totdeauna cursul boalei foarte repede şi ajută în mod surprinzător la reparaţiunea complicaţiunilor şi în special a panusului şi ulcerului cornean producând în mod rapid cicatrice conjunctivale.

Intensitatea periajului variază cu formele clinice ale trahomului, aşa: în cazurile incipiente periajul făcut chiar cu multă uşurinţă ridică fără nici o greutate granulaţiunile şi formaţiunile trahomatoase de tot felul. In asemenea cazuri examinând conjunctiva periată vedem că este presărată cu extrem de numeroase găuri punctiforme din cari sângele se prelinge uşor în afară. Aceste mici găuri nu sunt alt ceva de cât locurile în cari înaintea periajului au fost încrustate granulaţiunile trahomatoase iar emoragiile multiple venind din aceste găuri, provin din capilarele foliculilor extirpaţi, capilare cari prin eliminarea ţesutului trahomatos rămân deschise. In cazurile când trahomul se prezintă cu forma sa granulară, cu granulaţiuni dure, fibroase, sau în cazul când există cicatrice groase, periajul trebue făcut cu mult mai intens şi proporţional cu rezistenţa ţesutului de extirpat. In cazurile de scleroze mai cu seamă, care acoperă formaţiuni trahomatoase subjacente, trebue să se inziste în special foarte mult, iar ochiul operatorului trebue să urmărească de aproape manevrarea periei care nu trebue să lase nimic din ceea ce ar putea duce la o recidivă.

Complicaţiunile oculare ale trahomului nu au indicaţiuni cu totul aparte. In general toate tratamentele cari influenţează în bine suprafaţa trahomatoasă a conjunctivei au un răsunet bun şi asupra complicaţiunilor trahomului şi am spus deja că periajul este dintre acelea care face să dispară cu uşurinţă sau împiedică de predilecţiune formarea unora din cele mai frequente complicaţiuni: panusul şi ulcerele trahomatoase ale corneei. De altfel toate aceste complicaţiuni se pot trata în parte prin fie care din mijloacele generale speciale lor în cât: panusul, ulcerele, opacitaţile, ectaziile, totul în fine, se vor trata după indicaţiunile terapeutice generale tuturor panusurilor, ulcerelor, opacităţilor şi ectaziilor.

BIBLIOGRAFIA

Anatomia patologică şi bacteriologia

Addario. *Arch. f. Augenh.*, 1900, Bd. 41; *Progreso ophtalmologico*, 1906, p. 347; *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* 1906, Bd. II, Nov.-Dec.

Augenstein. *Zeitschr. f. Augenh.*, 1906, XVI, p. 243.

Axenfeld. Diskussion zu Lebers Vortrag, Opht. Gesellsch. Heidelberg, 1806; Trachom. Freiburg, 1902; Ergebnisse der path. Anat., 1894 — 1899; Die Bakteriologie in der Augenh. 1907.

Bajardi. *La clinica ocul.*, 1906, VII, p. 2661.

Basso. Ibid. 1906 VII, p. 2663 — 2664.

Baumgarten. Observat. sur l'histol. du trach. *Arch. f. opht.* 1884 XXX.

Baquis. Le trach. de la glande lacrymale. *Annali di Ottalmologia*, 2895, XXIII, fasc. 3 şi 4.

Buchwald. Beiträge zur Trachom-Forschung 1909 p. 75.

Boldt. *Trachom Bibl.* v. Coler, 2903.

Burchardt. *Zentralbl. f. prakt. Augenh.*, 1897.

Cazalis. Etudes bactériologiques de la conjonctivite granuleuse, *Thèse de Montpellier*, 1895.

Clausen. Beiträge zur Trachom-Forschung, 1909, p. 53.

Cechetto şi **Bertareli.** Weitere Untersuchungen über die Aetiologie des Trachoms. *Centralbl. f. Bakt.*, Bd. 24, April 1909, Heft I.

Dudzinski, Michel şi **Nagel.** 1900, p. 263.

Duprez. Sur la conjonctivite granuleuse monoculaire. *Thèse de Lile*, 1904.

Fränkel. Hygienische Rundschau 1899 Bd. 21, p. 2; *Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* 1899, p. 221.

Germaix. De la non contagion des granulations. *Recueil d'opht.*, 1902. XXIV p. 234 — 239.

Goldschmidt. *Zentralbl. f. klin. Med.*, 1887, No. 18.

Goldzieher. Die pathologie des Trachoms. *Berl. klin.* Wochenschr., 1905, No. 41.

Greeff. *Klin Jahrbuch*, 1898, Bd. 7; *Lehrbuch der pathol. Anatomie des Auges*, Berlin 1902, p. 32; *Beiträge zur Trachom-Forschung*, 1909 p. 1 şi 62; Ueber eigentümliche Doppelkörnchen in Trachomzellen, *Deutsche med. Woch.* Jahrg. 33, No. 23, 1907; Die Erreger des Trachoms. *Deutsche mediz. Woch.* 25 März, 1909.

Greeff, Frosch u. **Clausen.** Untersuchungen über die Entstehung und die Entwicklung des Trachoms. *Arch. f. Augenh.*, 58, Bd. I, H. S. 52, 1907,

Graeffe-Saemisch *Handbuch der Gesamten Augenheilkunde*, 1904.

Gromackowski. *Arch. f. Augenh.*, 1900, XLI, 2.

Hess și **Römer.** Uebertragungsversuche von Trachom auf Affen, *Arch. f. Augenheilk.*, 1906, LV, p. 1.

Hirschberg. Die konjunctivitis granulosa. *Klin. Jahrbuch*, 1897, Bd. 6.

Hirschberg și **Krause.** *Zentralbl. f. prakt. Augenheilkunde* 1881, p. 39 și 270.

Hoffmann. Statistik über 3000 Fälle von Conj. gran. *Inaug.-Disert.* Königsberg.

Hoor. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* 1895, p. 107.

Halberstädter și **Prowaczek.** Ueber Zelleinschlüsse parasitärer Natur bei Trahom. Arbeiten aus dem *K. Gesundheitslamt* 26. Bd., I H., 1907. Zur Aetiologie des Trahoms. *Deutsche med. Woch.* Jahrg. 33, No. 32.

Iunius. *Zeitschr. f. Augenh.*, 1905, XIV, p. 452; *Münchener klin. Wochenschr.* 1905, No. 16.

Iwanoff. Anat. path. du trach. *Soc. de Heidelberg*, 12 August, 1878; Contribution à la bactériologie du trachome *Wratsch*, 1898. XIX, p. 188.

Kartulis. *Zentralbl. f. Bakt.* 1887.

Knapp. *Arch. of opht.* XXXIII. 1904, p. 463.

Krüdener. *Petersburger med. Wochenschr.*, 1895 p. 451.

Kucharski. *Zentralbl. f. Augenh.*, 1889, p. 225.

Kuhnt. Die Conjunctivitis granulosa. *Klin. Jahrb.*, 1898, Bd. 7.

Kuhnt și **Pfeiffer.** *Zeitschr. f. Augenh.* 1905, Bd. 13, p. 321.

Lakah și **Kouhri.** *Ann. d'ocul.*; 1902, T. 128, p. 420.

Leber. *Opht. Kongress* in Heidelberg. 1896.

Logetschnikow. Michels Trachomkokken.

Luersen. Bakteriologische Untersuchungen bei Trachom. *Zentralbl. f. Bakt. Originale*, 1905, XXXIX, p. 678 și *Zeitschr. f. Augenh.* 1905, XIV, p. 443.

Lawson. Revue critique de l'histoire bactériologique du trachome et observations personnelles. London *Oph. Hosp. Rep.* Vol. XIV, p. 484.

Lucanus. Recherches sur la contagiosité du trachome d'après les matériaux de la Clinique opthalm. de Marbourg. *Thèse* 1890.

Leber și **Hartmann.** Beiträge zur Trahom-Forschung 1909, p. 29.

Lagrange și **Valude.** *Encyclopedie francaise d'Ophtalmologie* 1906.

Meyerhof. Die akuten eitrigen Bindehautentzündungen in Aegypten. *Klin Monatsbl. f. Augenh.* 1905, XLIII, Bd. 2, p. 216 și *Ann. d'Ocul.*, 1906, II, November.

Michel. *Arch. f. Augenh.* 1886. p. 348.

Morax. Recherches cliniques et bactériologiques sur la conjonctivite granuleuse d'Egypte. Paris 1902.

Müller. *Arch. f. Augenh.* 1899 Bd. 40, p. 13. Wien, ophth. Ges. 1905.

Mijaschita. Ueber die sogenannten Trachom—Körperchen. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* 1908, Nov. Dec. p. 626.

Muttermilch. De la nature du Trachome, *Anz. d'ocul.* 1903, 11.

Morax et **Lakah.** Recherches cliniques sur l'étiologie du trachome en Egipte, *Ann. d'Ocul.* 1902, p. 353.

Noiszewski. *Zentralbl. f. prakt. Augenheilkunde*, 1891. Ein Beitrag zur Pathologie des Trachoms. *Postemp. okul.* 1890, No. 29.

Osborne. *Arch. f. Augenh.* 1901 XLIV. p. 89.

Peters. *Münch. med. Wochenschr.* 1903, No. 3 şi 1905, No. 1 şi 24.

Poulard. La contagiosité du Trachome. *Soc. d'opht.* de Paris. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* 1905, I, p. 433.

Pick. Sur l'histologie du Trahome. *Arch. f. Opht.* 1897, XLIV, p. 614.

Raehlmann. Naturforschervers. Hamburg, 1901; Ultramikroskopische Untersuchungen, *Beiträge zur Augenh.*, 1905, 62, p. 38; Recherches anatomo-pathologiques sur les inflammations folliculaires de la conjunctive dans le trachome. *Archiv f. Opht.* 1883 XXIX; Sur le Trachome, *Samml. klin. Vorträge* von Volkmann. No. 263, 1885.

Saemisch. Erkrankungen der Bindehaut. *Handbuch* II. Aufl. 1905, p. 102.

Samperi. *Arch. de Otallm.* 1902, X, p. 106 şi 1906, XIV, p. 24.

Santucci. *La clinica ocul.*, 1906, VII, p. 2676.

Sattler. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, Bericht über opht. Kongress, Heidelberg, 1881, 1882.

Segall. Contribution à l'anatomie pathologique de la conjonctivite granuleuse. *Soc. franc. d'Opht.*, 1898.

Schmeichler. Bemerkungen zur Trachominfection. Wien. *Klin. Wochenbl.* 1993, XVI, p. 1247.

Schmidt. Mikroorganismen bei Trachom. *Inaug. Dissert.* Petersburg, 1887.

Schmidt-Rimpler. *Verhandl. internat. opht. Kongress*, 1888, p. 395; Schuluntersuchungen. Lepzig. W. Engelmann 1890.

Shongolowitsch. *St. Petersburger med. Wochenschr.* 1890, p. 28.

Staderini. *Ann. di Ottalm.* 1387, XVI, p. 367.

Stănculeanu. Contribuţiuni la etiologia Trachomului. Comunicare la Soc. de Biol. Aprilie, 1909; The Ophthalmoscope, 1009; *Klin. Monatsblätter f. Augenh.*, April p. 457.

Straub. Geneeskundige Bladon. 1904, No. 7 şi *Zeitschr. f. Augenh.* 1906, XV, p. 75.

Szily. Referat zur diskussion der neuen Trachombefunde. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde.* 1908, Februar.

Syndacker. Quelques nouveaux faits sur le microorganisme agent du Trachome. *Opht. Record*, 1899.

Villard. Anatomie patologique de la conjonctivite granuleuse. *Thèse* Paris. 1896.

Vernicke. Aetiologie der Dacryoystitis acuta. *Inaug.-Dissert Dorpat.* 1900.

Wilbrand-Saenger-Staehlin. Mitteilungen aus den Hamburger Staatskrankenhäusern 1894 Bd. 3.

Witram. *Inaug.-Dissert. Dorpat.* 1889.

Würdemann. La conj. gran. monoc. *Ann. d'occul.* 1896, CXV, p. 344.

Yenneman. Histol. du trachome. *Congrès franç. d'opht.* 1893.

Clinica şi Terapeutica

Abadie. D'une nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse. *Bul. méd.* Paris, p. 803, 1881 T. V.

Borisow. Du traitement du trachome et des inflamations cornéennes chroniques par le massage. *Medicinskoje obozrenje* 1893 T. XXIX p. 275.

Chibret. De l'immunité de la race celte vis-à-vis du trachome. *X-ème Congrès Int.*

Méd. Berlin 1892; Etude de géographie ophtalmique sur le trachome. *Congrès de la Soc. fracc. d'ophtalm.* 1896 p, 231.

Crăiniceanu. *Klin. monatsbl. f. Augenh.* 1892. şi *La Conj. gran. dans l'état actuel* Paris, 1905.

Cirincione. Tracoma dei canaliculi lacrymali. *Ann. di Ottalm.* XIX, p. 362.

Constantinescu. Conjunctivita granuloasă. Bucureşti, 1899.

Darier. Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse. *Progr. méd.* 27 Dec. 1890.

Falta. De l'excision du cul-de-sac dans le trachome. *Arch. f. Augenheilk.* 1900. T. XLI p. 378; Trachomtherapie in der verseuchtesten Gegend Ungars Berlin 1906.

Feuer. Die Verbreitung des Trachoms in Ungarn.

Fuchs. *Lehrbuch der Augenheilkunde*, Ed. X.

German. Recherches cliniques et statistiques sur le trachome Th. **Dorpat**, 1883.

Goldzieher şi **Greeff.** Sur la technique du traitement du trachome. *Pester med. chir. Presse.* 1908, No. 32.

Hairion. Nouvelles considerations practiques sur l'ophtalmie de l'armée. Bruxelles p. 45.

Heisrath. Über die Behandlung der granulösen Bindehaut-entzündung mit tiefen und ausgedehnten Excisionen. *Berliner Klin. Wochenschr.* No. 28, 29 şi 30.

Hellgren. Sur le traitement mécanique et thérapeutique du trachome Mitt. a. d. Augenklinik des Carol. *Med. Chir. Inst. zu Stockholm.* Iéna 1898, p. 127.

Hoor. Prophylaxie et lutte contre le trachome dans l'armée austro-hongroise. Vienne 1893.

Hotz. Le traitement du trachome par l'expression des granulations, comparé a l'excision du cul-de-sac. *Arch. f. Augenheilk.* 1886. T. XVI p. 412.

Imre. Traitement chirurgical du trachome. *Ungarische Beiträge z. Augenheilk.* 1903. T. III, p. 1.

Iwanoff. Bericht über d. 11 Vers. d. opht. Ges. zu Heidelberg. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk* p. 409.

Keining. Ein an zahlreichen Fällen erprobtes Verfahren zur Heilung des Trachoms. *Deutsche med. Wochenschr.* No. 40.

Knapp. Demonstration of a roller forceps constructed according to the mangle principe for pressing out trachoma granulations. *Transact of the Amer. Opht. Soc.* 27. Meet. p. 148.

Kuhnt. Sur le traitement de la conjonctivite granuleuse *Klin Jahrbuch.* 1897. VI; De la puissance curative des méthodes mécaniques dans le traitement de la conjonctivite granuleuse. *Zeitschr. f. Augenheilk.* 1899. T. 1, p. 1.

Lapersonne şi **Painblan.** Ueber das Abrin bei Conjunctivitis granulosa. 13 Internat. med. Kongr. zu Paris. *Orig. Korresp. d. Klin.-therap. Wochenschr.* 1900, No. 3.

Manolescu. Raport ştiinţific către d-l Ministru de resbel relativ la maladia de ochi (granulaţiuni) a soldaţilor din spitalul provizoriu din calea Rahovei 1888 şi Notă despre conjunctivita granuloasă în *Analele Academiei Române*, 1890—1891, p. 328; Du brossage des granulations conjonctivales combiné aux parasiticides. *Revue Médico-Pharmaceutique de Constantinople*, 1891; Sur la conjonctivite granuleuse commençante. 1895.

Miclescu. Conjunctivita granuloasă, Iaşi 1899.

Mironescu. Contribuţiuni la studiul conjunct. gran. *Teză.* Iaşi.

Malgat. Nouveau traitement des granulations conjonctivales par l'electrolyse. *VII-lea Congrès intern. d'Opht.* Edimbourg, 1894.

Morax şi **Lakah.** Recherches cliniques sur l'etiologie du trachome en Egypte. *Ann. d'Ocul.* Nov. p. 353.

Noiszewsky. Traitement du trachome chronique par la transplantation de la muqueuse. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1890, p. 36 şi 234.

Pilz. *Prager Vierteljahrsschr,* IX. p. 73.

Römer. Experimentelle Untersuchungen über Abrin (Jequiritol)- Immunität als Grundlagen einer rationellen Jequiritylthérapie. *Arch. f. Opht.* L. II, 1. p. 72.

Samelsohn. Die Galvanokaustik in der Ophtalmochirurgie. *Arch. f. Augenhilk.* III, p. 123.

Sattler. Weitere Untersuchungen über das Trachom, nebst Bemerkungen über die Enstehung der Blennorrhœ und ihre Therapie. Bericht über d. 14. Vers. d. opht. Ges. zu Heidelberg. *Klin. Monatsbl. f. Augenhlik.* p. 45.

Schulzer. La prophylaxie du trachome. *XVI-lea Congrès intern. de Med.* Budapest. 1909.

Schiele. Le trachome chez les enfants. *Arch. f. Augenheilk.* 1901, T. XLIV.

Socor. *An. Spit. Sf. Spiridon,* Iaşi, 1893. Tratamentul conjunctivitei granuloase cu Radium. Comunicare la *Congr. Asoc. rom. p. înaiutarea şi răspândirea Ştiiaţelor* şi *Bulet. Societ. Med. şi Natur.* Iaşi, Noembr. 1907.

Truc. Caractères generaux et contagion du trachome dans la Région de Montpellier. *Ann. d'Ocul.* CXI, p. 328.

Vigier. Etude sur la contagiosité de la conjonctivite granuleuse en Algérie. *Ann. d'Ocul.* CXII, p. 29.

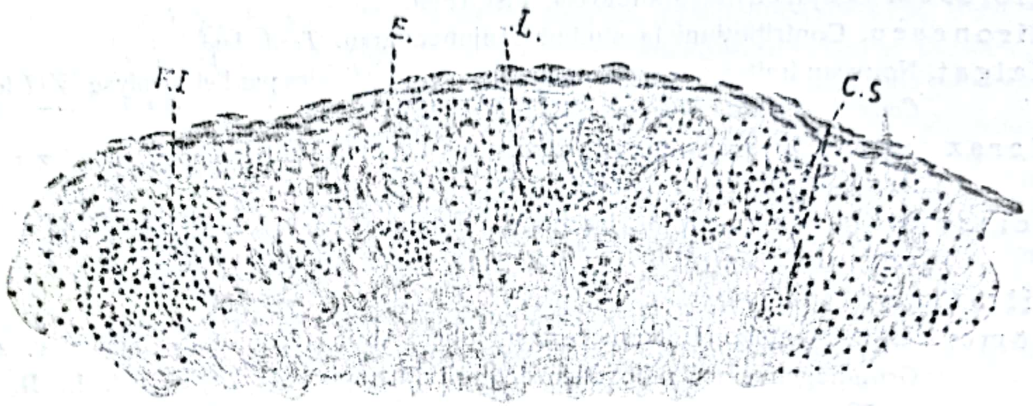


Figura 5.

Secţiunea conjunctivei provenind de la o conjunctivită cu granulaţiuni incipiente (Preparaţie pers. Obj. No. 3 Reichert).

F. I. = Folicul incipient
I. L. = Infiltraţie limfocitară
E. = Epiteliul
C. S. = Capilar sanguin.

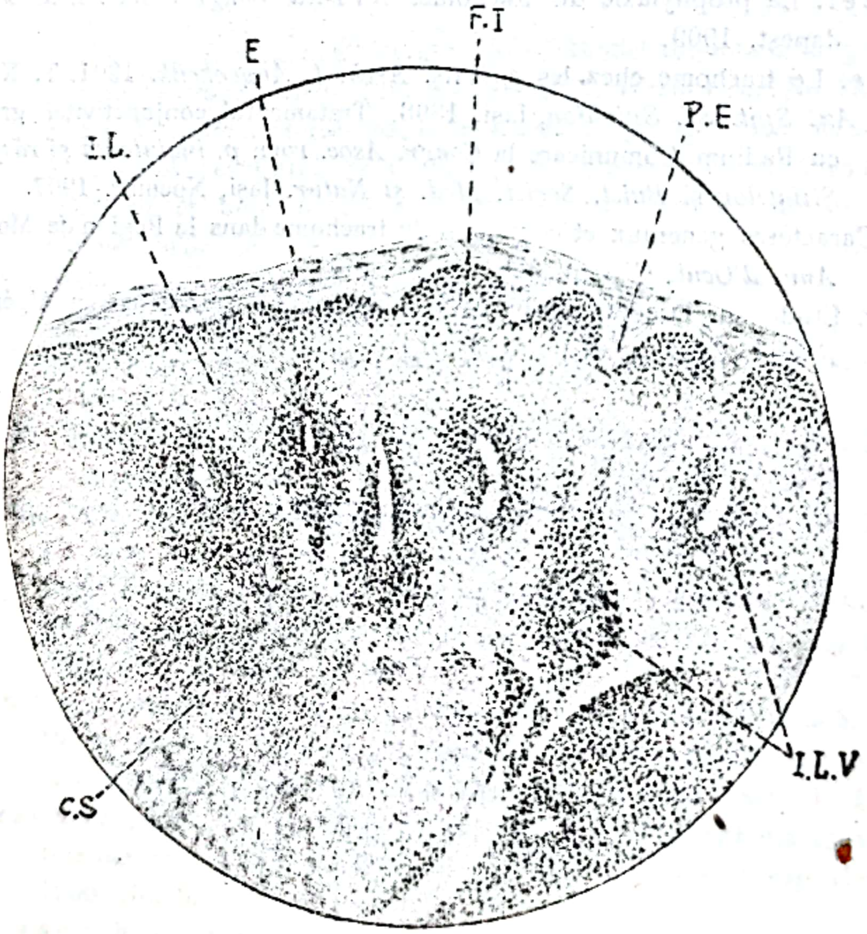


Figura 6.

Secţiune dintr'un panus cornean (Preparaţia d-nei dr. Puşcariu. Obj. No. 3. Reichert).

I. L. = Infiltraţie limfocitară
P. E. = Prelungire epitelială
E. = Epiteliul
I. L. V. = Infiltraţie limfocitară perivasculară
F. I. = Folicul incipient
C. S. = Capilar sanguin

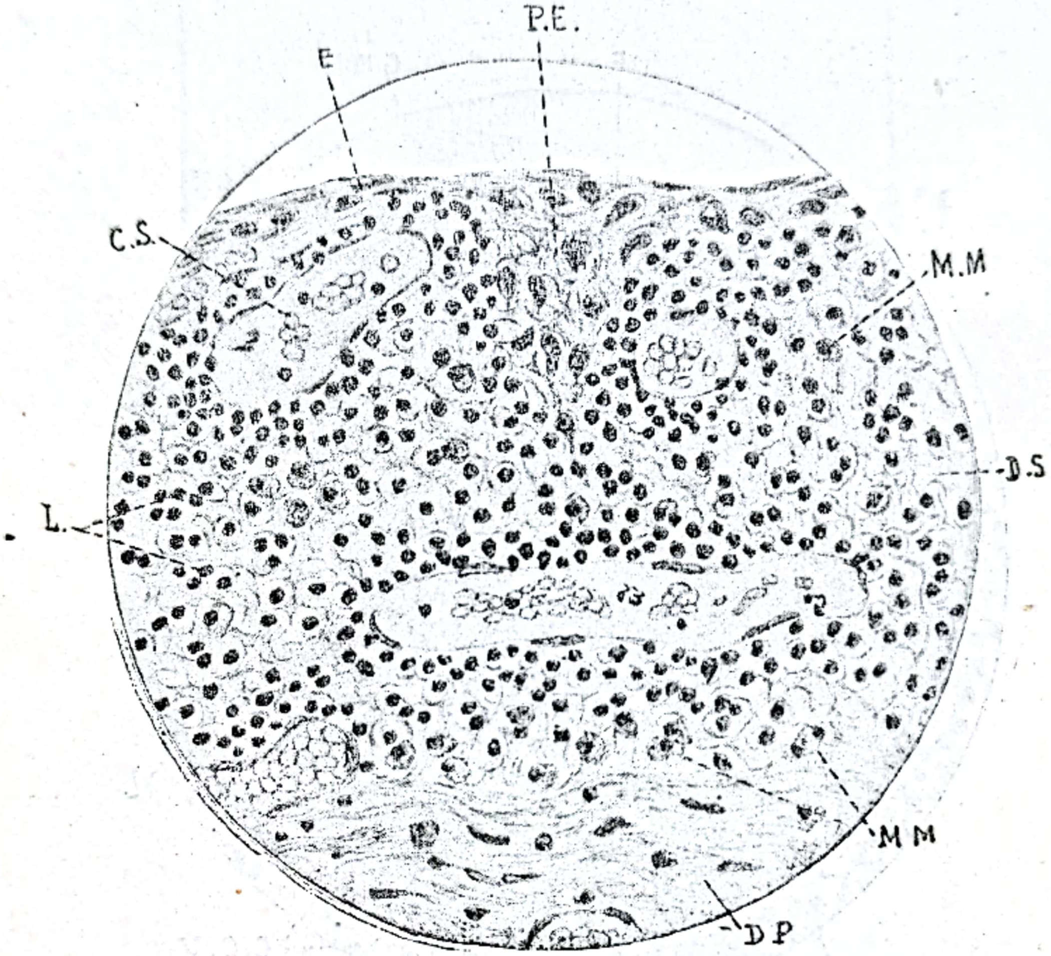


Fig .7.
Secţiunea conjunctivală de la un trahom incipient (Preparaţie pers. Obj. No. 7 Reichert).

E. = Epiteliu
P. E. = Prelungire epitelială
C. S. = Capilar sanguin
M. M. = Mononucleare mari
D. S. = Dermul superficial
L. = Limfocite
D P. = Dermul profund.

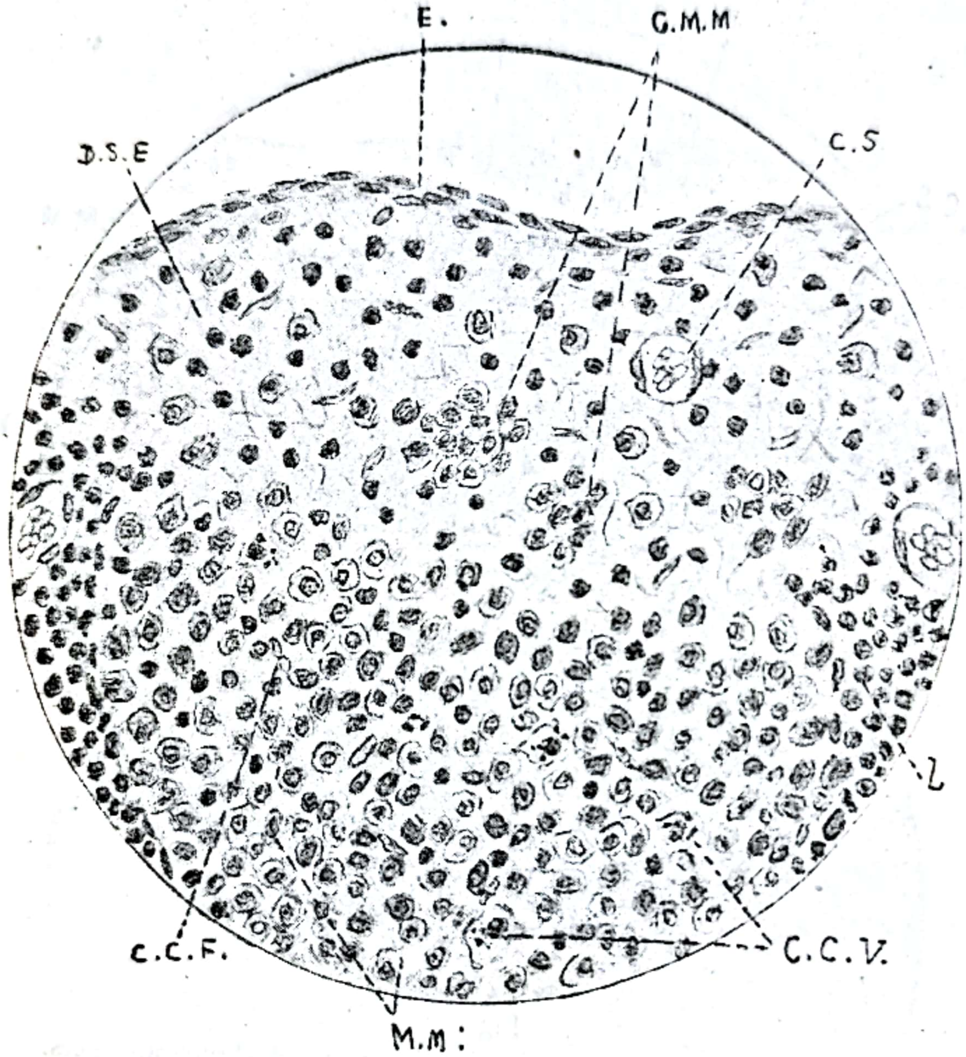


Fig. 8.
Secţiunea unui folicul granulos (Preparaţie pers. Obj. 7 a. Reichert).

E. = Epiteliu
D. S. E. = Dermul superficial edemaţiat
G. M. M. = Grupuri de mononucleare mari
C. S. = Capilar sanguin
C. C. E. = Celule conjunctive fixe
M. M. = Mononucleare mari
C. C. V. = Celulele corpusculi alelui Vilard.

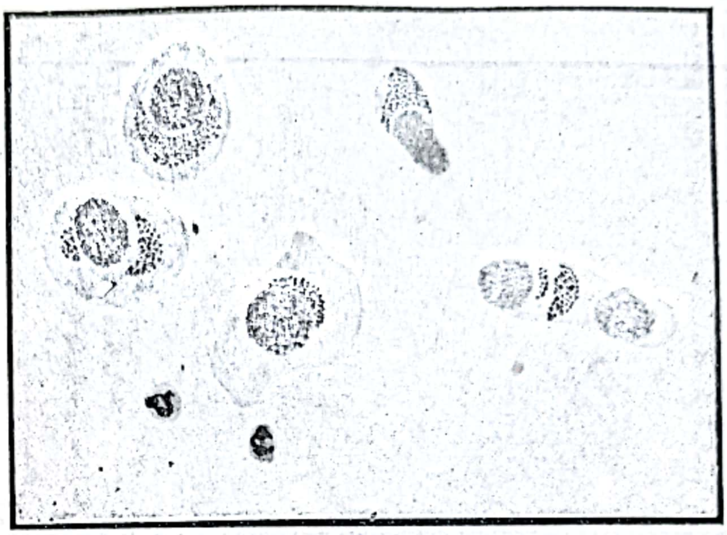


Fig. 9.

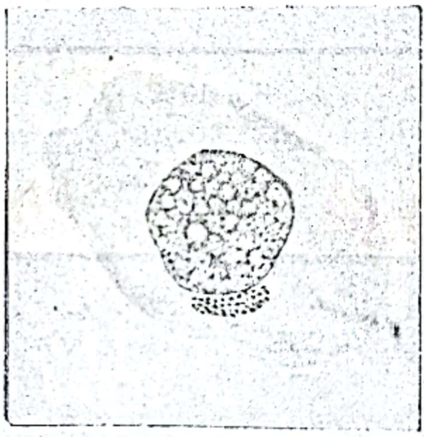


Fig. 9 a.

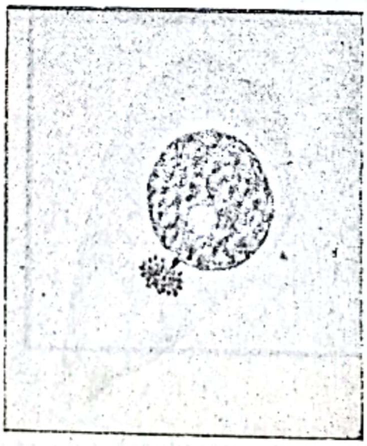


Fig. 9 b.

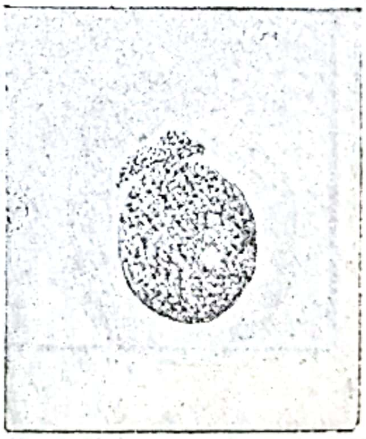


Fig. 9 c.

Corpusculi Prówaczeck tipici, din raclajul conj. granuloase (Preparaţie pers. reprodusă după „The Ophtalmoscope". Obj. imm. $^1/_{12}$

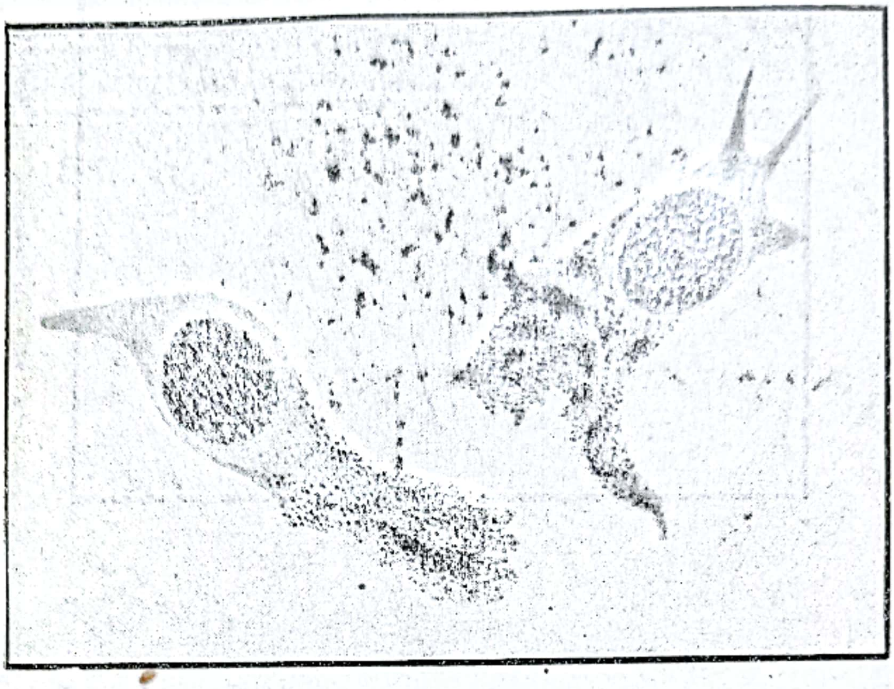


Fig. 10 a.

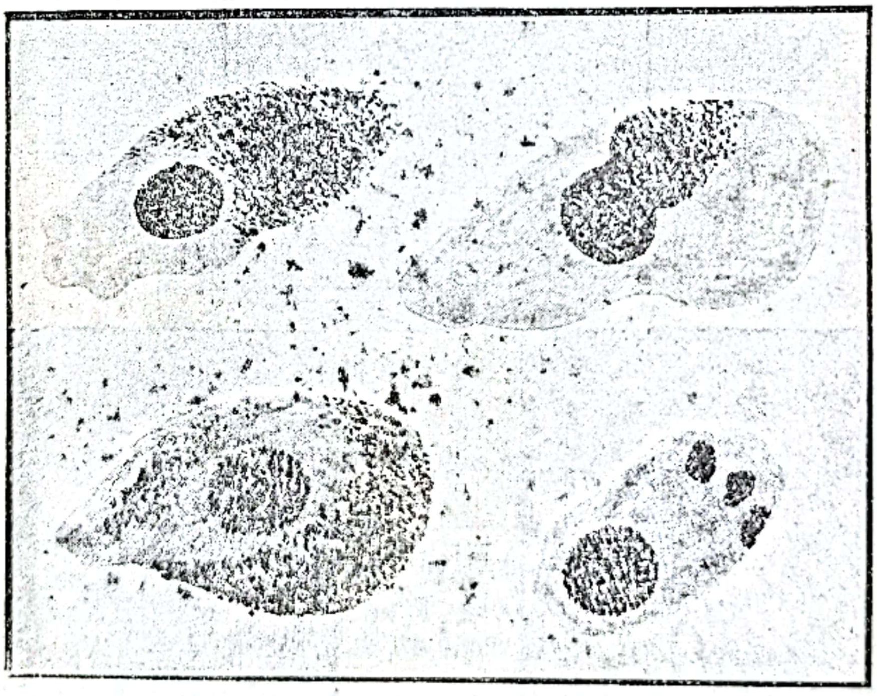


Fig. 10 b.

Degenerări protoplasmatice şi nucleare în conjunctivita granuloasă (din raclajul conj. granuloase).

(Preparaţie dr. Zaharescu. Teză Buc. 1909. Obj. imm. $^1/_{12}$)

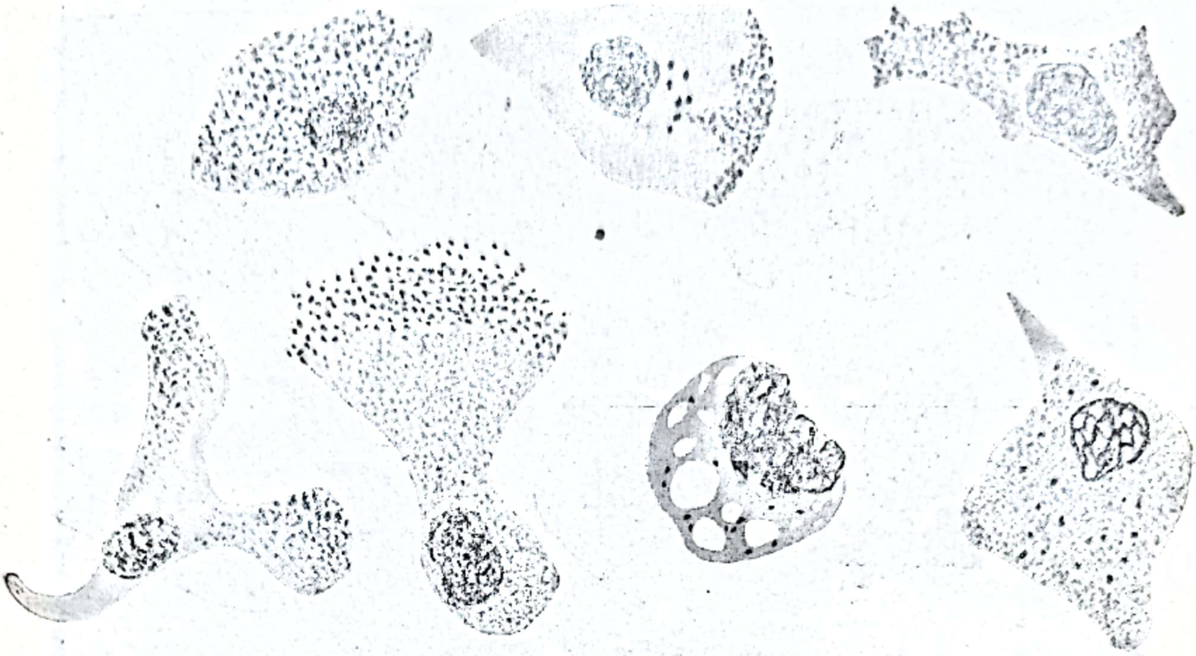


Fig. 11.
Degenerări protoplasmatice din conjunctivita granuloasă (din raclajul conj. granuloase).
(Preparaţie personală. Obj. imm. $^1/_{12}$).

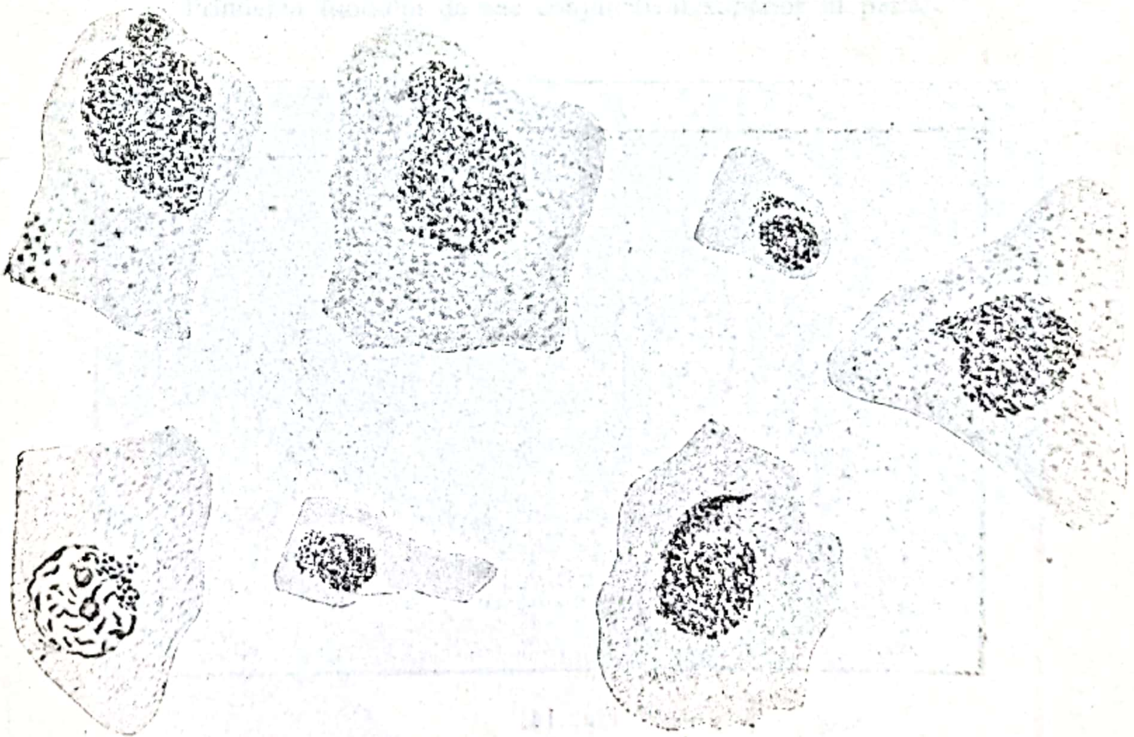


Fig. 12.
Degenerări nucleare din conjunctivita granuloasă (din raclajul conjunctivei)
(Preparaţie personală. Obj. imm. $^1/_{12}$).

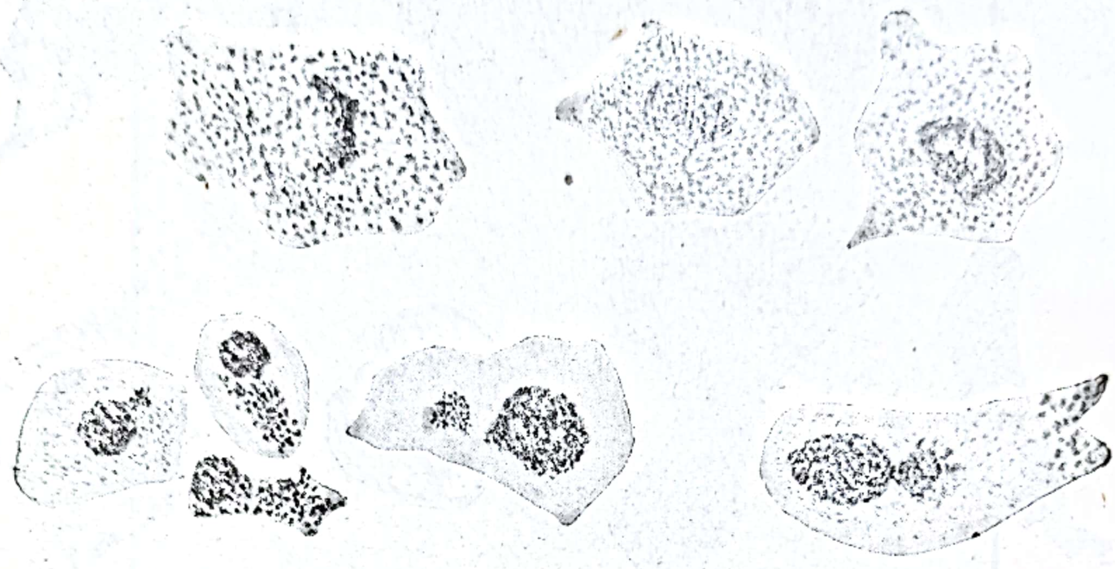


Fig. 13.
Degenerări protoplasmice şi nucleare din conjunctivita granuloasă
(din raclajul conjunctivei)
(Preparaţie personală. Obj. imm. $^{1}/_{12}$)

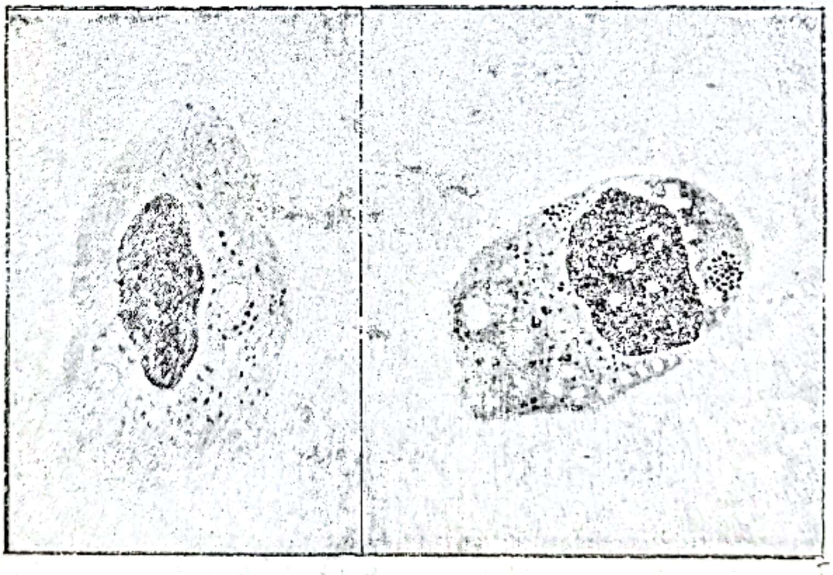


Fig. 14.
Celule epiteliale din chalazioane, obţinute prin raclaj.
(Preparaţie personală, reprodusă din „The Ophtalmoscope“.

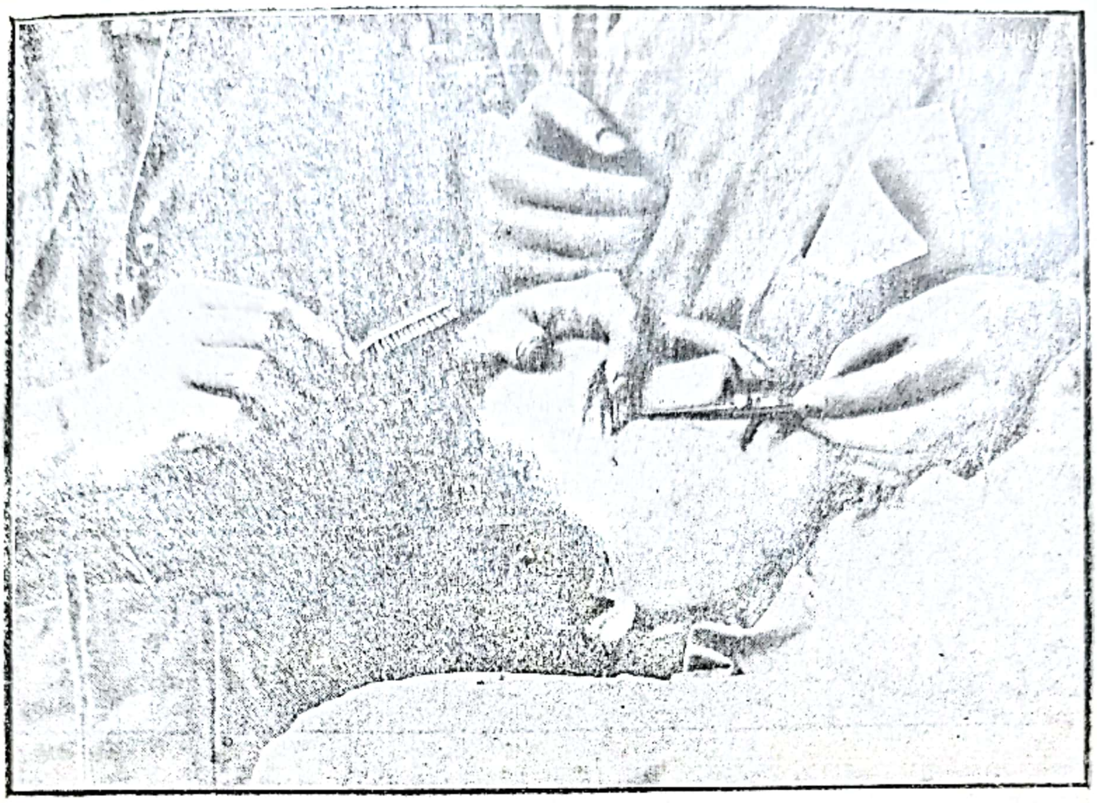


Fig. 15.
Prinderea fundului de sac conjunctival superior în periaj.

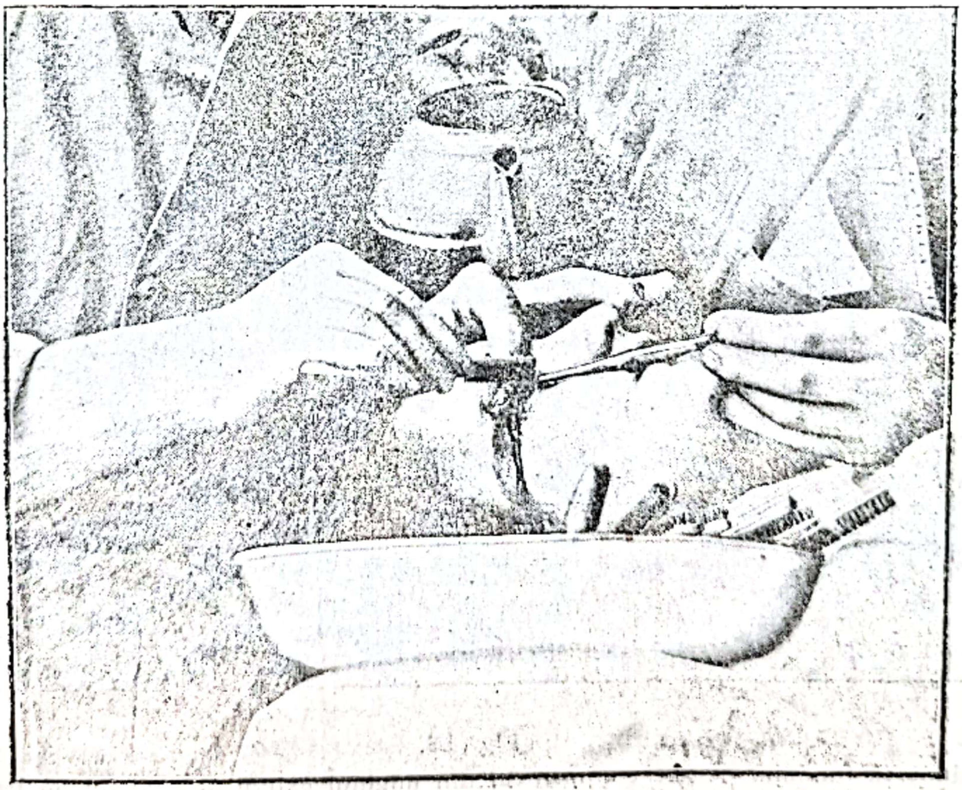


Fig. 16.
Perierea şi spălarea conjunctivei cu sublimat.

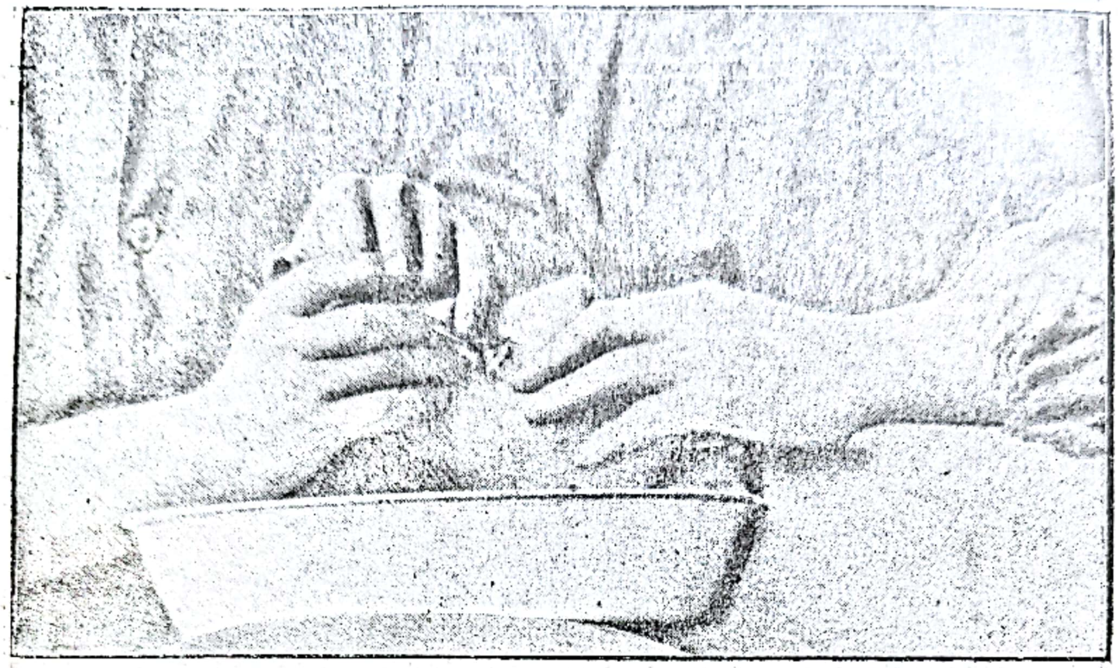


Fig. 17.
Prinderea fundului de sac conjunctival inferior în periaj.

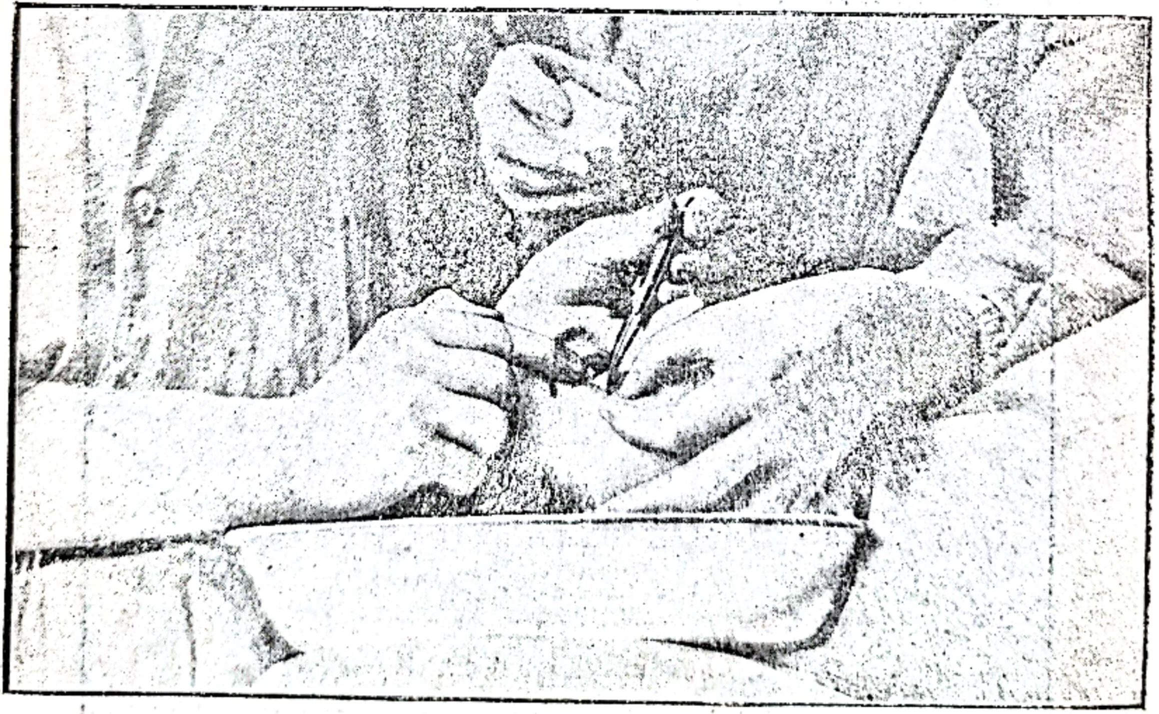


Fig. 18.
Prinderea fundului de sac conjunctival din unghiul extern al ochiului, în periaj.

MEDICINĂ PRACTICĂ

Dr. E. TOFF

Despre retenţiuni placentare
timp îndelungat după avort

Toleranţa organismului pentru resturi placentare după avort este câte odată extra-ordinar de mare. Pe când în unele cazuri o mică rămăşiţă din placentă este de ajuns pentru a da naştere infecţiunilor celor mai grave, chiar mortale, alte ori rămân în cavitatea uterină bucăţi mari, timp de săptămâni şi chiar de luni, fără a se putea observa vre-o ridicare termică, sau ce-l mult o uşoară febră—probabil din cauza resorpţiunei toxinelor, infecţiunea rămânând ast-fel confinată în cavitatea uterină.

Organismul este, ce-i drept, adesea destul de forte, leucocitele sale destul de active pentru a putea lupta cu succes contra microbilor, care-i dau asalt din cavitatea uterului, dar cine e în deajuns de prooroc, pentru a putea spune în faţa unui caz de avort, cum se vor isprăvi lucrurile, în caz când medicul în locul unei intervenţiuni active, se va mărgini la câte-va inocente spălături vaginale antiseptice, aşteptând „ca să lucreze natura?“.

Dar nu numai pericolul de infecţiune o ameninţă pe lehuza care păstrează în matricea ei un ast-fel de rest, ci şi acela cu mult mai mare poate—a emoragielor fără sfârşit, care în scurt timp o pot duce la marginea mormântului. A părăsi deci o lehuză după un avort—în voia soartei, fără a avea deplina convingere că uterul a fost complectamente golit de conţinutul său puerperal, este o mare greşeală nu numai din punct de vedere medical, ci şi din acel uman. In ori-ce caz, nu trebuie uitat că restul plancentar rămas în uter, este un teribil duşman, nu numai al femeei care îl grăzdueşte, ci şi al medicului care îi a dat îngrijirile sale.

Un caz, care ilustrează în mod plastic cele expuse este, următorul.

D-na A., în etate de 38 ani, de naţionalitate greacă, a fost după spusele ei, în afară de câte-va maladii neânsemnate, în totdeauna sănătoasă, a avut 8 naşteri normale — 6 copii trăiesc şi 6 avorturi. Ultimul avort a avut loc în ziua de 12 Septembre 1909, în luna IV-a gravidităţii. Pierderea de sânge fiind atunci mai mare. şi placenta întârziind de a eşi, chiamă un medic, care observă copilul aflător între coapsele femeei, spuse moaşei (care azista) să taie cordonul şi să lege partea maternă de coapsa femeei—pentru ca să nu fugă înăuntru, prescrise spălături vaginale antisepticue, apoi plecă, spunând că placenta va eşi singură, că el nu o poate scoate, femeia fiind prea slabă de inimă. In zilele următoare fu chemat din nou, dar placenta tot nu eşise; medicul prescrise atunci o poţiune despre care spuse, că femeia luând-o, „casa“ va eşi de la sine. Intr'adevăr, după un număr de zile, eşi din vagin o bucată mare, neagră, asemănătoare cu o bucată de ficat, foarte rău mirositoare; în urmă, din când în când eşiau noui bucăţi negre ca de ficat, şi în fine, în ziua de 21 Noembre, acelaş an, adică, cam 5 săptămâni după avort, se apelă la luminile unui alt medic.

Acesta spuse că trebue să fie resturi placentare în uter şi procedă la facerea unui raclaj; nu reuşi însă să scoată de cât chiaguri de sânge. Emoragia continuând, făcu a 2-a zi un alt raclaj, dar în cursul acestuia, deodată un val enorm de sânge. izbucni din mitră, femeia îşi pierdu cunoştinţa, operaţia trebui să fie întreruptă, şi numai cu mare greutate pacienta fu readusă la viaţă, după ce îi se injectă subcutan 1 litru cu ser artificial. Era însă foarte slăbită şi aiură toată noaptea. In zilele următoare medicul făcu spălături şi tamponări, fără însă a putea opri cu desăvârşire scurgerile sanguine, şi în fine la 5 Octombre, acelaş an, fu chemat din nou medicul care îi dăduse îngrijirile sale la început. Dar şi de data aceasta nu făcu alt-ceva de cât a prescrie spălături şi diferite poţiuni. In seara de 6 Octombre femeia este surprinsă din nou de o emoragie violentă, pierde cunoştinţa şi când sunt chemat, o găsesc într'o stare de extremă prostraţiune, aproape fără puls, abia readusă la viaţă de vecini — prin fricţiuni, spălături cu oţet, cognac, etc. Găsesc temperatura 38° 2. Pulsul 110. Din părţile genitale se scurge un lichid negricios, foarte fetid. Uterul mare cât pumnul, retroflectat, moale, colul puţin ramolit, orificiul extern întredeschis, permiţând cu greutate introducerea vârfului degetului arătător. „După dilatare, pătrund cu degetul în cavitatea uterină, unde găsesc, pe lângă câte-va chiaguri mici de sânge, placenta mare cât un ou de găină, dură şi foarte aderentă de peretele anterior al uterului. Din cauza strâmtoarei colului, placenta neputând fi scoasă întreagă, extragerea s'a făcut în bucăţi cu ajutorul pensei şi a curettei.

In ziua următoare temperatura variă între 37°5—38°. Pulsul 100. Puţină scurgere rozată, mirosind încă fetid. A 3-a zi: temp. 37°2—37°8. Pulsul 90. Scurgerea albicioasă, mirosind abia perceptibil. In fine, în ziua a patra, după golirea uterului, temperatura devenise normală, pulsul 80, plin şi regulat. Scurgerea din uter—mucoasă, puţin abundentă, fără miros. Femeia se simţi bine, avea poftă de mâncare, dorind să părăsească patul.

Aceste sunt punctele principale a peripeţiilor unei retenţiuni placentare, care durase exact 86 de zile şi care cred că nu vor invita pe nime să aştepte într'un caz analog ca placenta să fie expulzată prin forţele naturei.

Puţin timp după această, văzui o altă femeie care avortase în luna III-a graviditătii, asistată fiind de un medic, şi care după trei săptămâni, după ce tot timpul sângerase, perdu brusc din vagin o cantitate mare de sânge, şi căzu în sincopă. Şi aice cauza era placenta reţinută în întregime în cavitatea uterină, şi care în ciuda medicului respectiv care aştepta expulzarea prin forţele naturei, se obstinase de a nu se decola singură. Am făcut evidarea digitală şi raclarea cu Recamier şi totul a reintrat în ordine.

In fine, vroiesc să mai citez cazul unei femei, care de asemenea avortase în luna III a graviditătii şi care timp de 6 săptămâni, cu toate că expulzase placeta în mod spontaneu, avusese emoragii de o extremă violenţă, şi aceasta cu toate tamponările, spălăturile intrauterine şi pensulaţiunile ce i se făcuseră de medicul curant, deosebit că mai luase şi o sumedenie de stiptice interne (în total pentru 110 lei). Intr'una din nopţi emoragia ajunsese atât de puternică, în cât sângele străbătuse ambele saltele, cea de lână şi cea de pae, curgând şiroae pe duşumele. Şi cauza acestor enorme pierderi de sânge era un rest placentar, mare cât o alună, prins în unghiul trompei stânge şi a cărui extragere am putut-o face foarte uşor cu curetta. Emoragia s'a oprit imediat, iar pacienta bine hrănită, a putut părăsi patul după o săptămână complect vindecată,

Astfel de exemple aşi mai putea cita încă multe şi cred că nu este medic care să nu se ocupe câtuşi de puţin cu obstetrica, care să nu fi întâlnit în practica sa cazuri analoage.

Deci, care este conduita care trebue urmată în tratamentul retenţiunilor placentare după avort? Cred că aşa numita „attente armée“ trebuie părăsită, fiind o rămăşiţă a timpurilor premergătoare antisepsiei moderne, a timpurilor când medicii se sfiau să introducă mâna sau instrumentele în cavitatea uterină. Experienţa de toate zilele ne arată însă, că o intervenţiune făcută în mod aseptic, nu poate avea nici un rezultat nefavorabil. Pentru ce deci, în faţa unui caz de retenţiune placentară după avort, am aştepta ca femeia să capete febră, sau ca să se ivească emoragii abundente, pentru că abia atunci să intervenim? Aceasta ar însemna să ne zădărnicim singuri şansele de reuşită, adică să lucrăm abia când cavitatea uterină se va fi infectat prin descompunerea placentei reţinute, sau când femeia îşi va fi perdut, din cauza emoragiilor o bună parte a rezistenţei sale organice.

A aştepta expulzarea placentei prin forţele naturei, mai cu seamă când este vorba de un avort în primele luni, înseamnă a se expune la multe surprize neplăcute, şi chiar când expulzarea fructului se face „en bloc“, totuşi mai rămân în cele mai multe cazuri mici resturi placentare aderente de peretele uterin. De aceasta se poate convinge ori cine, dacă îşi ia ca linie de conduită, de a executa raclarea cavităţii uterine după ori ce avort.

De îndată ce colul uterin, după expulzarea fructului, sau în general în cursul avortului, permite introducerea degetului, este de datoria noastră să golim cavitatea, decolând placenta, iar resturile prea aderente să le scoatem cu racleurul. Câte-va spălături antiseptice intrauterine în zilele următoare, sunt suficiente pentru a păstra asepsia cavităţii şi a o desinfecta în cazurile septice.

Când colul este însă închis şi ne aflăm totuşi în faţa unei retenţiuni placentare, şi ori ce placentă reţinută (după avort) mai mult de 24 ore intră în această categorie, trebue să facem dilatarea artificială instrumentală, sau cu ajutorul laminariilor, iar apoi intervenim digital sau cu raclerul, după cum am amintit mai sus.

CERCETĂRI ORIGINALE

Dr. VICTOR GOMOIU

CALEA INGUINALA
ÎN
TRATAMENTUL AFECŢIUNILOR REG. INGUIO-SCROTALE
(al conţinutului burselor) (1)

Cunoştinţele dobândite în cei 8 ani de stagiu în Spitalele Civile, cum şi experienţa dobândită în spitalul militar „Regina Elisabeta“, unde am funcţionat ca medic ajutor, şi unde afecţiunile regiunei inguino-scrotale dau un foarte mare contingent de bolnavi, 'mi a dat posibilitatea să mă conving de neajunsurile pe cari le prezintă intervenţiunile prin calea (incisiunea) scrotală în tratamentul chirurgical al afecţiunilor locale.

Aşa bunioară: o *sterilizare* perfectă a acestei regiuni, este mai totdeauna greu de făcut — pe de o parte, din cauza îndoiturilor multiple ale scrotului, iar pe de altă parte, din cauza delicateţei organului; — bolnavii suportă foarte greu acţiunea mecanică a periei, care aci trebue exercitată un timp îndoit ca pentru cele lalte regiuni, spre a putea spera o sterilizare chirurgicală. De asemenea, dacă întrebuinţăm sterilizarea prin badigeonare cu tinctura de iod, obţinem o economie de timp, dar acţiunea iod-alcoolului aplicat în această regiune, nu este mai puţin supărătoare pentru bolnav, iar pe de altă parte produce o cauterizare puternică a straturilor superficiale; la ridicarea pansamentului (5—7 zile), scrotul se găseşte îmbrăcat într'o cămaşe coriace, a cărei deslipire forţată

---

(1) Memoriu prezentat pentru admiterea ca membru al societăţei de chirurgie din Bucureşti, Martie 1910.

(precoce) expune la emoragii pe o suprafață întinsă (lăsând întreg dermul regiunei expus), iar desbrăcarea ei spontanee necesită un timp îndelungat (10—15 zile); alte ori se produce sub pansament o adevărată macerație a țesuturilor, transformând astfel suprafața scrotului într'o imensă plagă cu aspect urât, a cărei tratare necesită o întreagă serie de pansamente.

Apoi, ori care ar fi afecțiunea pentru care intervenim, incisiunea scrotului se însoțește une ori de *emoragii* destul de abondente, care ne acopere câmpul operator sau necesită aplicațiune de pense multe. *Retracțiunea* puternică a tunicilor burselor, micșorează în mod considerabil cavitatea lor normală (inconvenient important, cum vom vedea, în tratamentul unor afecțiuni), iar pe de altă parte, retracțiunea lor inegală provoacă o resfrângere înăuntru a buzelor plăgei scrotale. Din această cauză, *afrontarea* în timpul suturei devine mai dificilă, iar firele trecute profund (pentru a prinde toate tunicele), pot veni în contact cu glanda seminală și constitue un inconvenient. Ca să menținem o afrontare perfectă și să obținem o cicatrice corectă, suntem nevoiți să punem un număr de fire mult mai mare de cât ar fi necesitat o plagă de aceiași lungime, produsă în altă regiune; cu fire mai puține și mai relaxate, obținem un rezultat mai puțin perfect, iar dacă le strângem mai puternic, aceste fire tae (mortifică) țesuturile mai înainte ca ele să se fi alipit. Din cauza constituțiunei lor anatomice, a structurei și a vitalității lor, tunicile burselor se lipesc mult mai greu (10—12 zile) *cicatrisarea* se face mai încet de cât în alte regiuni, unde procesul adesiv se face în 6—7 zile.

In sfârșit, pentru a *protege* bine această regiune, avem nevoe de un pansament destul de mare — afară de cazurile când ne putem mulțumi cu un simplu suspensor; menținerea pansamentului aci este adesea ori dificilă și mai totdeauna acesta este expus a fi murdărit — prin vecinătatea penisului (în timpul urinărei) și a anusului (în timpul defecațiunei).

Dar, alături de aceste *inconveniente generale*, calea scrotală presintă alte *inconveniente particulare* diverselor operațiuni care i se adresează, și mai ales, această cale nu poate fi de loc utilizată în aplicarea unora din noile procedee terapeutice ale afecțiunilor conținutului burselor.

Ori, tocmai fiind că majoritatea intervențiunilor ce am avut să practic se adresau acestei regiuni (pentru varicocelele, hydrocele vaginale, kyste ale cordonului spermatic, tuberculose genitale, etc. afară de hernii cu toate varietăţile lor), *am căutat să înlătur inconvenientele precitate, şi am ajuns la acest rezultat — înlocuind în toate cazurile calea (incisia) scrotală, care e calea obicinuită, prin calea (incisia) inguinală.*

Acea ce m'a condus să introduc această cale (incisiune) în operaţiunea afecţiunilor precitate, este un fapt de observaţiune destul de bine cunoscut tutulor. In adevăr, se ştie că, în afară de cazurile de hernii congenitale—când găsim testiculul în fundul sacului, se întâmplă de multe ori că fundul sacului herniar să adere de vaginala testiculului şi, în manoperile de tracţiune pe cordonul spermatic sau pe sac pentru a-l izola, atragem afară din burse şi testiculul; dacă se întâmplă ca vaginala acestuia să conţină o cantitate de lichid, se face eversiunea vaginalei—ca pentru ori ce hydrocel şi apoi, prin aceiaşi cale, se repune testiculul în burse.

Aceste cazuri m'au convins de posibilitatea de a goli (expune) conţinutul burselor printr'un orificiu (deschidere) făcut atât de sus (în regiunea inguinală),—de a face ori ce intervenţiuni pe acest conţinut expus, şi de a-i reda apoi locul său, fără a fi câtuşi de puţin nevoe să atingem scrotul.

Odată convins de acest fapt, am căutat să tratez direct prin această cale chiar hidrocelele vaginale închistate, neînsoţite de hernie şi, rezultatele obţinute au fost cât se poate de satifăcătoare.

Un alt fapt, care m'a făcut să extind aplicarea acestei incisiuni şi pentru alte operaţiuni, a fost acela că, de cele mai multe ori, în cazurile de hydrocele, kyste ale cordonului şi mai ales la varicolele, am constatat coexistenţa câte-unui alt defect la nivelul canalului inguinal, (inel larg, un punct de hernie, un sac vagino-peritoneal persistând, etc). Ori, întrebuinţarea unei atare incisiuni inguinale sau inguino-pubiene, pe lângă că înlătură inconvenientele enumărate—ale unei incisiuni scrotale, pe lângă că ne oferă posibilitatea de a opera tot asa de bine asupra conţinutului burselor, — dar, ea mai permite şi o inspecţiune minuţioasă a regiunei inguinale, putând să facem, în acelaş timp şi prin aceiaşi deschizătură, reparaţiunile necesare.

Am întrebuinţat această cale (incisiune) rând pe rând în terapeutica afecţiunilor acestei regiuni, – ca modificare a procedeelor clasice, până ce am generalizat-o, făcând dintr'ânsa o adevărată **metodă.**

In intervalul de 7 luni (Iunie-Decembrie 1909) de când am început s'o practic, *această metodă* a fost aplicată de 52 de ori, şi anume:

In 7 operaţiuni pentru hydrocel vaginal inchistat;
„ 2 „ „ kyste ale cordonului spermatic;
„ 21 „ „ varicocel;
„ 7 „ „ tuberculosă testiculo-epididimară;
„ 1 „ „ hematocel scrotal;
„ 2 „ „ pachivaginalită cronică;
„ 12 „ „ aceleaşi afecţiuni, combinate (coexistând.

La acestea, o repct, se adaugă numeroasele varietăţi de hernii regionale, în care calea inguinală se aplică de toţi chirurgii.

Faţă cu rezultatele obţinute în cazurile de mai sus, calea (incisiunea) scrotală rămâne pentru mine numai ca o cale de necesitate — rezervată numai afecţiunilor supurative ale burselor şi conţinutului (abcese, cancer al scrotului, etc., şi tuberculosa deschisă, hernia strangulată, unde se combină cu cea inguinală).

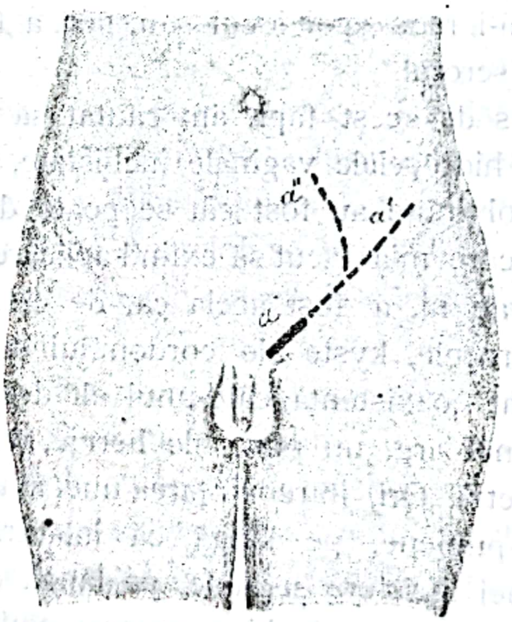


Fig. 1.

In rest, calea inguinală sau inguino-pubienă este metoda de preferat în tratamentul tutulor afecţiunilor citate.

Ea se execută făcând o incisiune înaintea orificiului inguinal inferior, şi care merge în direcţiunea canalului inguinal pe o întindere de 3—3$^1/_2$ ctm, ca în (fig. 1 *a*).

Alte ori, după necesitate, această incisiune poate fi condusă în toată lungimea regiunei inguinale, până la nivelul spinei iliace antero-superioare (fig. 1, *a'*), sau poate fi, în alte cazuri, curbată către ombilic (fig. 1, *a"*).

După ce se incisează ast-fel pielea şi ţesutul celular subcutanat şi, după ce se leagă *sau* numai se pensează vasele care sângerează, se incisează stratul cremasterian şi la nevoe chiar marginea inferioară a aponevrozei oblicului mare, şi se prinde cu două pense (fig. 2).

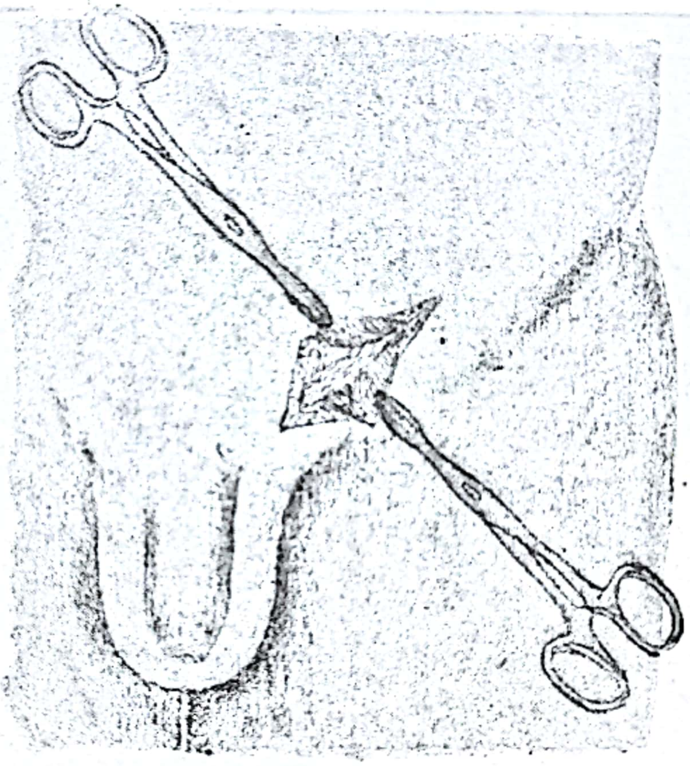


Fig. 2.

In modul acesta, am deschis ductul inguino-pubo-scrotal, prin care putem pătrunde în scrot (în burse) şi pe unde-i vom evacua conţinutul. Apoi, cu mâna omonimă părţei pe care operăm (1), se prinde fundul scrotului şi se comprimă, pentru a ridica în sus conţinutul burselor şi a'l aduce înaintea orificiului inguinal creat (fig. 3, 5).

Conţinutul burselor (testiculul cu epididimul, cordonul spermatic—normale sau bolnave) apar la intrarea (gâtul) burselor şi apoi în regiunea inguinală, ca o tumoră acoperită de foiţele celuloase ale cordonului, care-i împiedecă eşirea prin plaga noastră. Continuând a exercita presiunea (strângerea) asupra burselor, tăem cu bisturiul straturile de care am vorbit, le prindem de-o parte şi de alta cu câte o pensă, ca în fig. 3, şi ast-fel, calea fiind complect liberată, întreg conţinutul burselor va putea fi răsturnat în afară, ca în fig. 4, unde se vede: cele două pense aplicate pe tunica cremasteriană şi aponevrosa oblicului mare, cele alte două pense aplicate pe tunicile spintecate ale cordonului spermatic, cum şi testiculul cu epididimul şi întreg cordonul spermatic.

---

(1) In fig. 3, am lucrat servindu-mă de mâna opusă (lucrând peste bolnav) — pentru a lăsa liber câmpul aparatului, iar în lipsa unui câmp operator garantat cu comprese mari, am învelit mâna pentru a nu atinge cu ea scrotul nesterilisat.

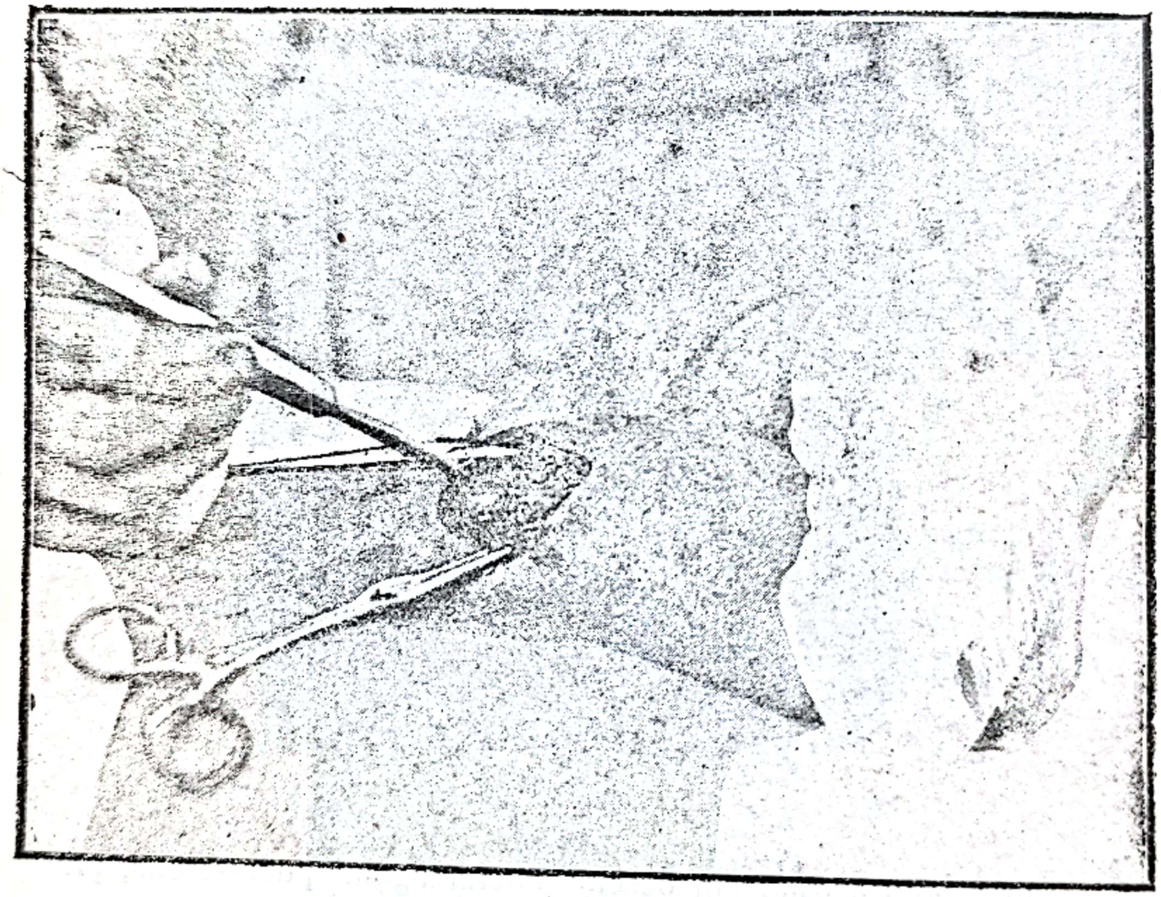


Fig. 3.

Poziţiunea chirurgului, disposiţia câmpului operator şi manoperele în această intervenţiune, sunt ast-fel — cum le reprezintă fig. 5.

De aci înainte operaţiunea se continuă în mod diferit — după afecţiunea pentru care intervenim, saŭ după felul intervenţiunei ce avem de practicat.

In totd'auna însă, după ce am executat operaţia particulară de care este vorba, reintroducem testiculul şi cordonul în burse, şi închidem plaga.

Această închidere se poate face une ori (după rezecţia epididimului, castraţie, etc.) prin procedeul cunoscut — aplicând câte-va (2—3) fire pe ţesuturile profunde—pentru a închide sau strâmpta orificiul inguinal, iar după acea se coase pielea prin unul din mijloacele ştiute; alte ori însă — de cele mai multe ori (în hydrocele, varicocele, orchidopexii, etc.), pentru a putea *face în acelaşi timp fixarea vaginalei, strâmptarea orificiului inguinal şi mai ales pentru a închide intrarea burselor*, se procedează în modul următor:

Se trece, prin fie-care stâlp inguinal şi prin jumătatea corespondentă a vaginalei, câte un fir de catgut 0; fie-care din aceste două fire se înoadă aparte şi după acea se leagă împreună peste cordonul spermatic, având grija de a'i lăsa un orificiu suficient, ca să nu fie strangulat. După această legătură, făcută ca în fig. 6 — schematică, cele două fire de la început au devenit acum un singur fir, dar dublat; se tae câte unul din capetele firelor, iar cele alte două (care rămân) se trec prin tunicile de la intrarea burselor, până în ţesutul celular sub-cutanat, apoi se înoadă sub piele şi se secţionează.

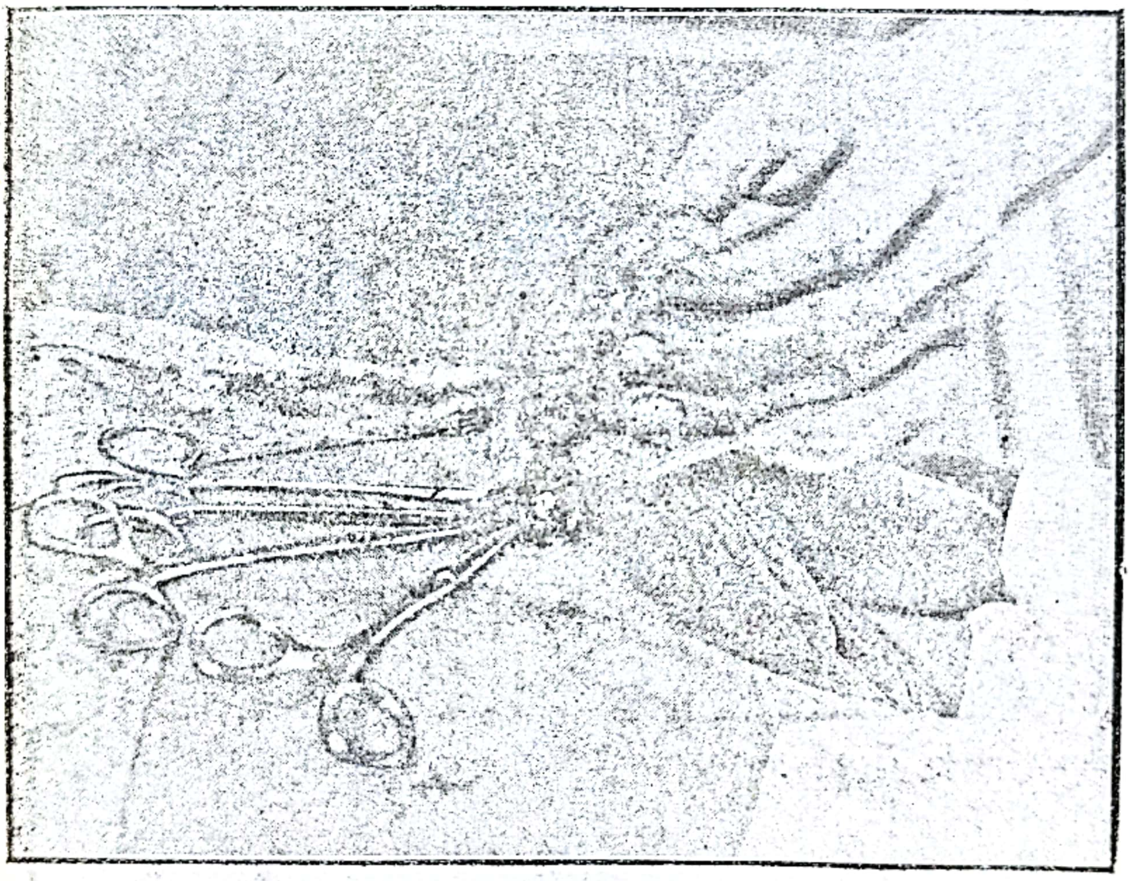


Fig. 4.

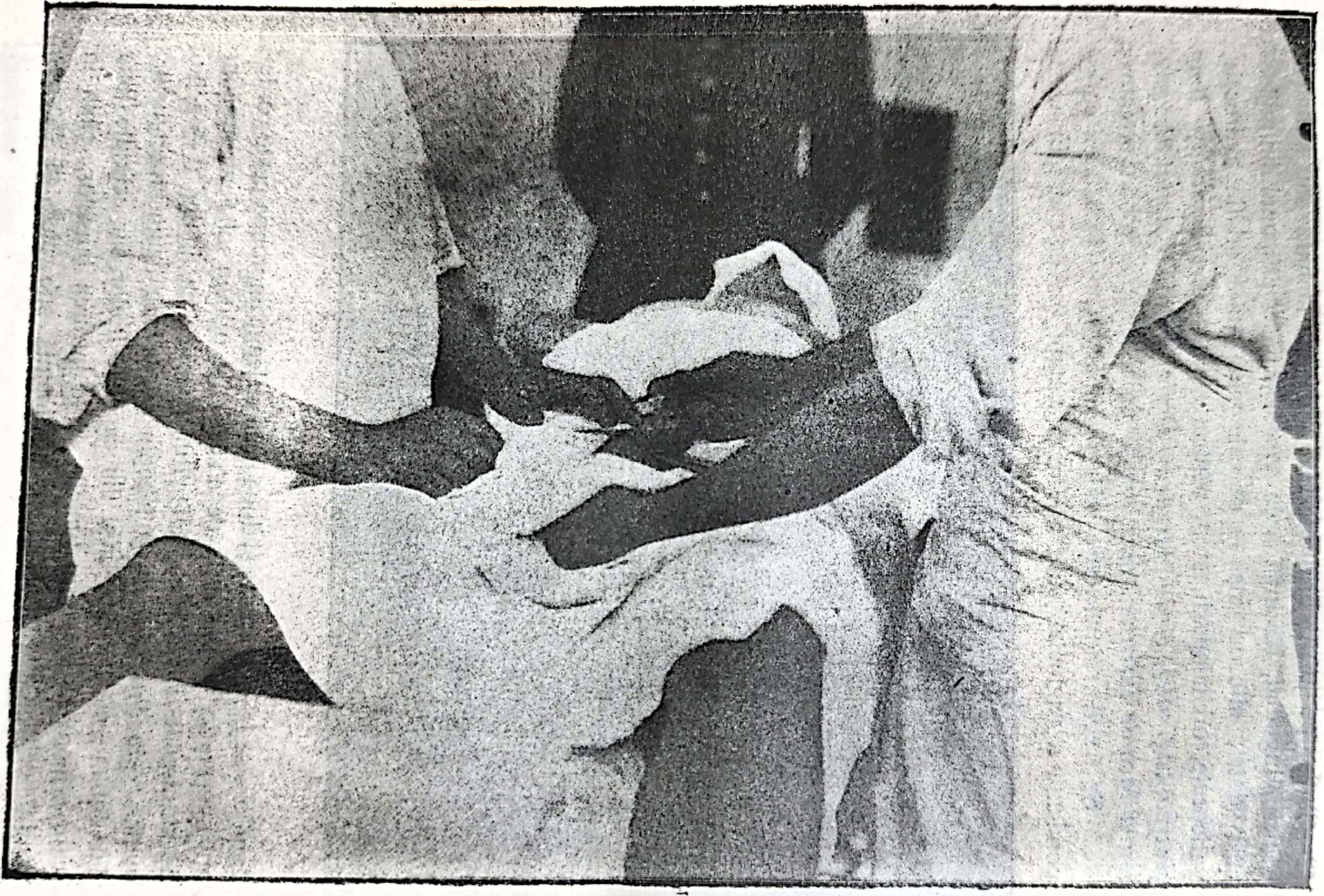


Fig. 5.

Odată aplicat acest punct de cusătură capital, care strâmptează în acelaşi timp orificiul inguinal şi intrarea burselor, se mai aplică (în restul plăgei) 1—2—3 fire — după lungimea ei, pentru a închide canalul inguinal şi muşchii pe care'i am fi spintecat (fig. 7). Aci putem să ne servim tot aşa de bine de fire pierdute (cu catgut) sau de fire permanente (setolină ori mătase) aşezate în 8 de cifră. In majoritatea cazurilor, un singur asemenea fir, adăugat la firul capital, este suficient pentru repararea deschizăturei atât de mici pe care avem nevoe să-o facem — aşa cum se vede pe fig. 7 şi fig. 8.

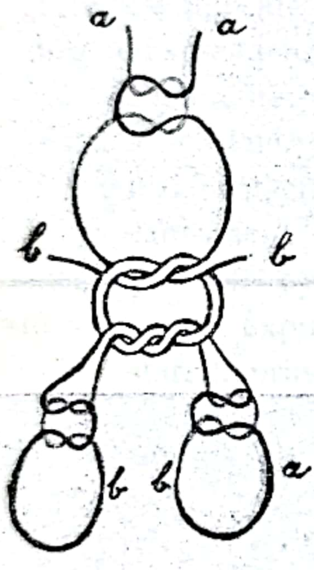


Fig. 6.

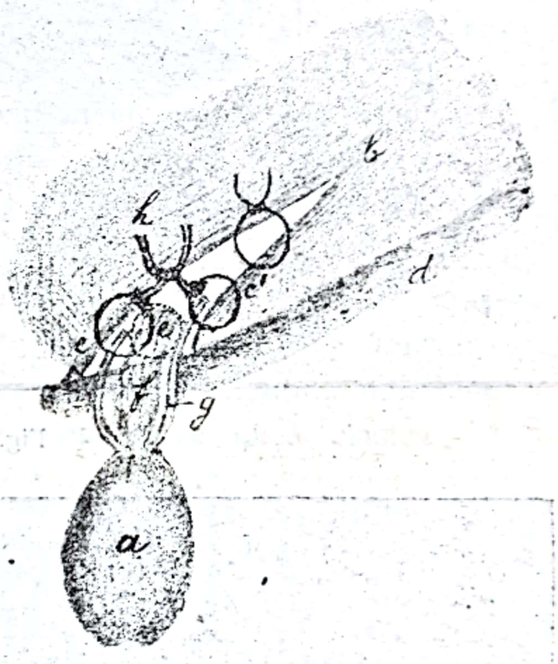


Fig. 7.

In sfârşit, dacă la micimea plăgei tegumentare asociem o sutură elegantă, făcută în surjet, sau cu agrafe Michel-Michaux (fig. 9), obţinem un rezultat care, cu drept cuvânt se poate numi admirabil.

Această metodă prezintă o serie de *avantagii operatoare* şi *terapeutice*, *etice şi estetice*, din care, unele comune tutulor intervenţiunilor adhoc, iar altele particulare fie-cărei operaţiuni speciale.

Avantagii comune:

Majoritatea acestora reiese din pag. 1, 2, 3, unde am arătat inconvenientele ce întâmpinăm când intervenim prin calea scrotală, şi anume :

Intervenind prin calea inquinală, avem nevoe mai totd'auna de un câmp operator mic (cum se vede pe toate figurile), şi, fiind

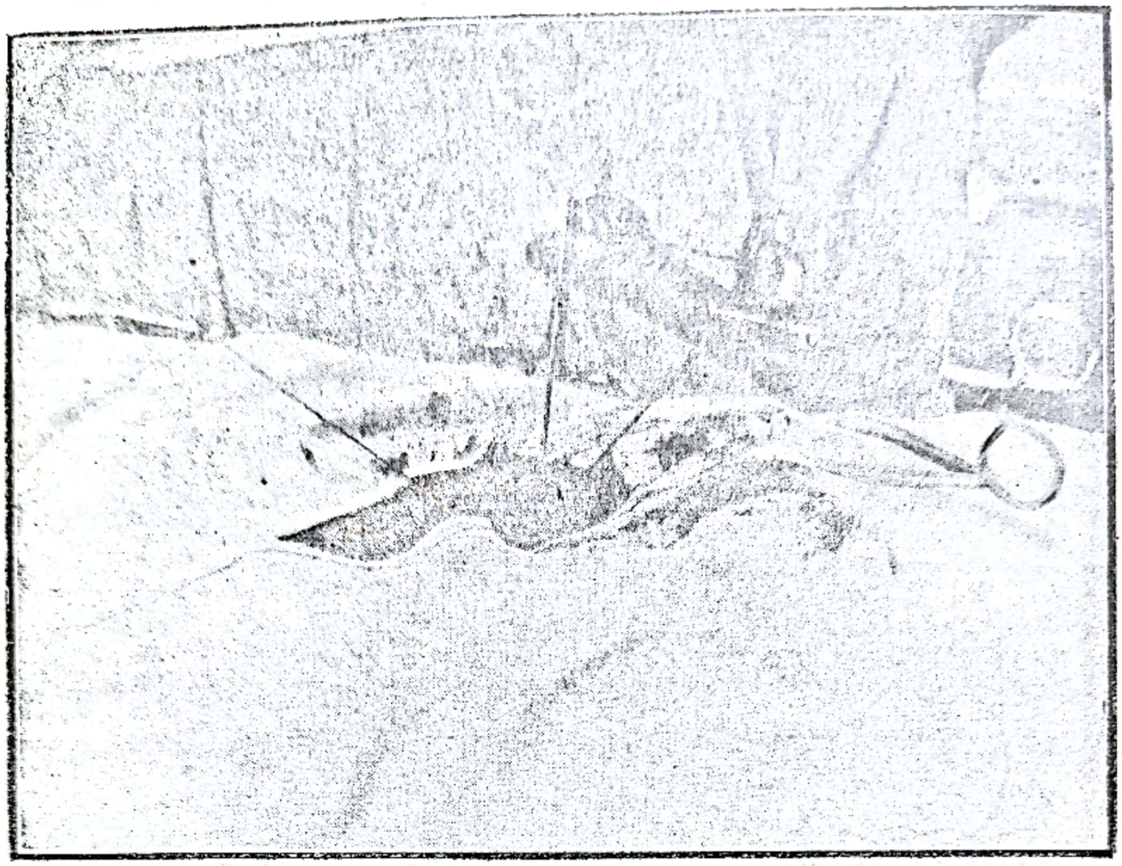


Fig. 8.

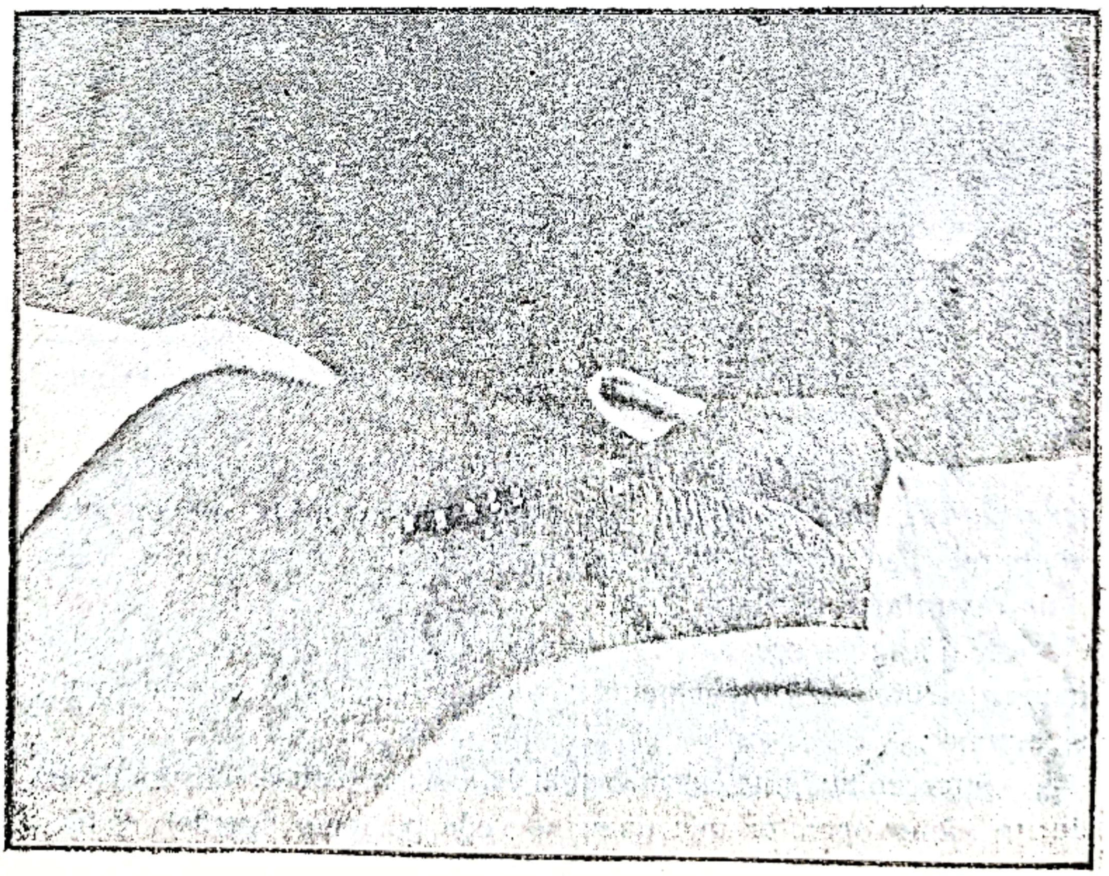


Fig. 9.

vorba de o regiune îngustă, acoperită cu tegumente netede, sterilizarea se va face repede şi uşor.

Instrumentaţia necesară este foarte redusă, fiind-că mai tot-d'auna creăm o plagă mică şi emoragia este puţin abondentă.

Deschizătura (plaga) creată în aceastā regiune, ne permite o inspecţiune directă a orificiului inguinal, iar pe de altă parte, ne permite să tratăm în acelaşi timp o dublă afecţiune — inguinală şi intra-scrotală. -

Fiind vorba de straturi anatomice bine definite, atât deschiderea (secţiunea lor) cât şi închiderea (repararea) se face propriu zis anatomiceşte. Afară de aceasta, metoda inguinală este foarte uşoară, mai expeditivă şi cere material foarte puţin.

Firele aplicate aci, nu mai vin în contact cu glanda seminală, pentru a exercita asupra ei compresiune, ori pentru a o irita şi a da loc la aderenţe, etc., cum se petrece de obicei când intervenim prin calea scrotală.

Pentru protecţiunea postoperatorie a regiunei, cele mai adesea un mic pansament cu colodiu este suficient, iar dacă aplicăm un bandagiu, acesta este mai uşor de făcut, se menţine mai bine şi este mai puţin expus la murdărie — ca ori ce spică clasică.

In sfârşit, prin micimea plăgei, prin posibilitatea unei afrontări mai perfecte şi prin însăşi natura ţesuturilor, cicatrisarea se face extrem de repede (5 — 7 zile), afară de cazurile de supuraţie, şi rezultatul este în totdeauna foarte frumos.

Chiar în caz de supuraţie, o contra-incisie mică salvează totul şi bolnavul se vindecă mult mai de grabă ca în cazul când am fi intervenit pe cale scrotală şi s'ar fi desfăcut toată plaga.

Aceste conclusiuni, formulate de logică, sunt bazate pe un număr global de 52 cazuri în care am întrebuinţat această cale (inguinală) — exceptând cazurile de hernii, etc., unde toţi chirurgii procedează la fel. Rezultatele comparative (la bolnavi operaţi prin calea inguinală şi alţii prin calea scrotală), pe care le-am prezentat şi înaintea societăţilor noastre ştiinţifice (1) au dovedit îndeajuns afirmaţiunile mele.

---

(1) Dr. V. Gomoiu. — Cercul de studii genito-urinare, Bucureşti, şedinţa din 12 Noembrie 1909.

Dr. V. Gomoiu. — Societatea Ştiinţelor medicale, Bucureşti, şedinţa din 7 Decembrie 1909.

Avantagii speciale:

Fi-care din intervențiunile practicate pentru afecțiunile acestei regiuni, a găsit un avantagiu în această metodă — prin acea că 'mi-a ușurat aplicarea mai corectă a procedeelor cunoscute, 'mi-a permis modificarea unora din ele, și mai ales, această cale m-a condus să imaginez și să aplic unele procedee cu totul noi în tratamentul unor afecțiuni.

Așa bunioară, în operațiunile pentru *varicocel*, am modificat procedeele cunoscute, în sensul că în loc să mai fac incisiunea ca în fig. 10 (luată după Parona), am făcut incisiunea inguino-pubienă, cum am arătat în (fig. 1, a).

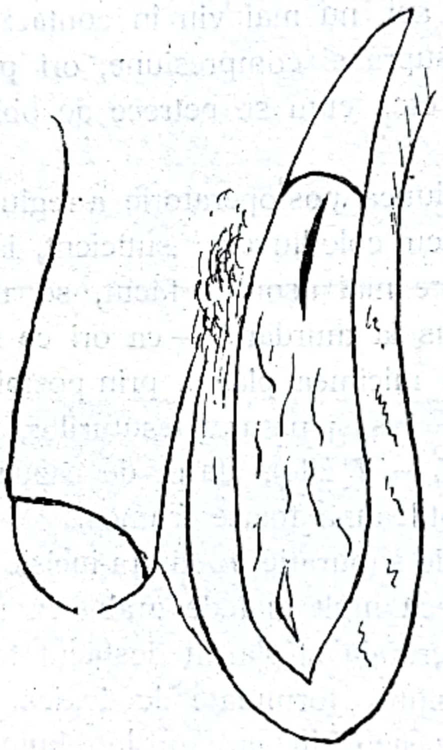


Fig. 10. (Calea obișnuită — scrotală).

Servindu-mă de această deschizătură (inguinală), prin care am enucleat conținutul burselor (ca în fig. 3, 4, 5), am executat în rest diferitele procedee obișnuite:

In 10 cazuri s'a făcut	rezecția venelor și orchidopexia prin apropierea extremităților vaselor
„ 3 „ „ „	orchidopexia prin simpla eversiune și suspendarea vaginalei (Parona)
„ 1 „ „ „	rezecția venelor, eversiunea vaginalei și suspendarea (Ionescu).

Cu modul acesta, nu numai că am scăpat de neajunsurile pe care le-am semnalat, ca inerente ori-cărei intervenţiuni pe cale scrotală, dar executarea procedeelor arătate s'a putut face şi mai uşor şi mai corect.

In adevăr, se poate pricepe destul de uşor că, pe nişte elemente exteriorisate şi expuse, ca în fig. 4., se poate lucra mult mai comod, de cât pe unele extrase pe cale scrotală, ca în fig. 10 şi 11.

De pildă, dacă voim să atăcăm pachetul venos prin calea inguinală, cordonul spermatic fiind expus în întregime (până în canalul inguinal ca în Fig. 4), putem mult mai uşor să isolăm pachetul venelor varicoase, începând de sus– unde formează câte-va trunchiuri colectoare şi mergând către testicul, de cât să atăcăm direct acea masă de vene atât de încâlcite cum se prezintă în apropierea testiculului — aşa cum de alt-fel suntem nevoiţi să facem atunci când intervenim prin incisia scrotală. Pe lângă că legarea şi rezecţia venelor, apropierea şi înodarea capetelor devine mai comodă, dar, cu modul acesta evităm mai uşor canalul deferent şi arterele spermatice, a căror rănire se ştie că poate avea une-ori consecinţe funeste pentru testicul — fapt semnalat de mulţi.

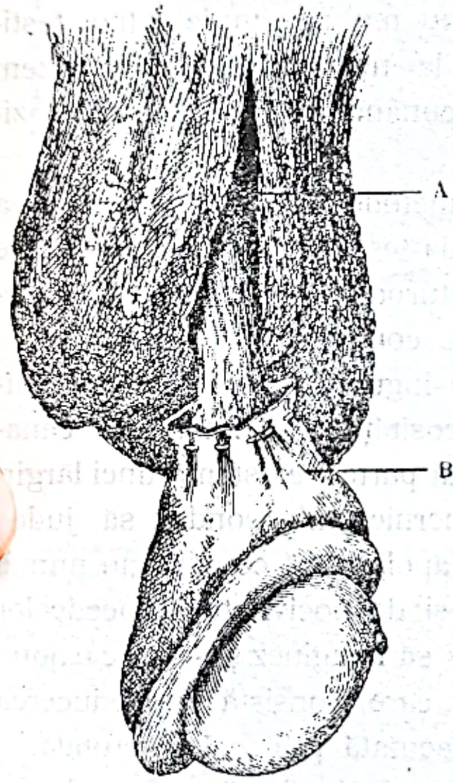


Fig. 11.

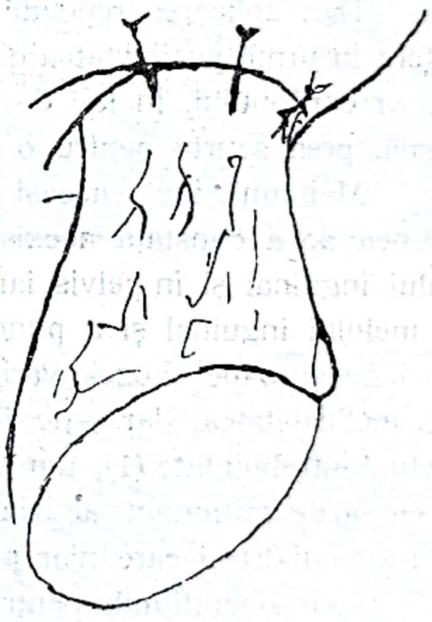


Fig. 12.

De asemenea, atunci când voim să facem orchidopexia prin eversiunea şi suspendarea vaginalei, nu numai că incisiunea corectă şi răsturnarea ei complectă vor fi mai uşoare (fig. 4), dar mai ales suspendarea ei se face mai uşor şi mai corect. In loc de a proceda orbeşte, conduşi numai de deget, ridicând gâtul burselor pentru a putea ajunge până la stâlpii inguinali unde să facem fixarea, ca în fig. 11 şi fig. 12 (după Parona), este mult mai uşor să executăm acest timp operator după metoda mea, aşa cum am descris-o.

Calea inguinală ne oferă posibilitatea de a executa toată operaţiunea sub controlul direct al ochiului. Spintecând vaginala şi suspendând-o după procedeul arătat, nu mai riscăm de a fixa testiculul prea sus şi a'l expune ast-fel la traumatisme, căci putem aplica şi strânge firele după nevoe, punând testiculul într'o poziţiune convenabilă.

Dar, aplicarea repetată a acestei metode (calea inguinală), 'mi-a oferit în urmă posibilitatea de a suspenda testiculul — servindu-mă de teaca cordonului, în loc de a mai răsturna gratuit o vaginală normală, prea scurtă pentru o suspendare convenabilă.

Mai mult încă, aceaşi deschidere inguinală, oferindu'mi ocaziunea de a constata neexistenţa varicosităţilor în interiorul canalului inguinal şi în pelvis, iar pe de altă parte—existenţa unei lărgiri a inelului inguinal şi a punctului de hernie, m'a condus să judec mai de aproape cauzele varicocelului; apoi, odată convins nu numai de ineficacitatea, dar — de inutilitatea şi de nocivitatea procedeelor actual întrebuinţate (1), am fost condus să imaginez şi să aplic o nouă metodă de tratament al varicocelului, care consistă în reducerea cordonului (2) şi care n'ar putea fi executată prin calea scrotală.

— In operaţiunile pentru *hydrocel* vaginal: fie că ar fi vorba să facem rezecţiunea ori eversiunea vaginalei, în loc să intervenim prin calea scrotală, ca în fig. 10 şi 11 (cum se procede de obicei), e mult mai bine să intervenim prin calea inguinală, ca în fig. 1 *a* şi fig. 13.

Restul operaţiunei se execută foarte uşor căci, prin presiunea exercitată asupra burselor, tumora (hydrocelul) apare înaintea deschizăturei inguinale, şi apoi puncţionăm—ca în fig. 14.

---

(1) Dr. V. Gomoiu. — Consideraţiuni asupra variocelului şi tratamentul său prin reducerea cordonului spermatic. Revista „Spitalul" 1910.

(2) Dr. V. Gomoiu. — Tratamentul propriu al varicocelului. Cercul de Studii genito-urinare, Buc., 26 Noembrie 1909. Vezi „Spitalul" No. 1, Ianuarie 1910, pagina 27.

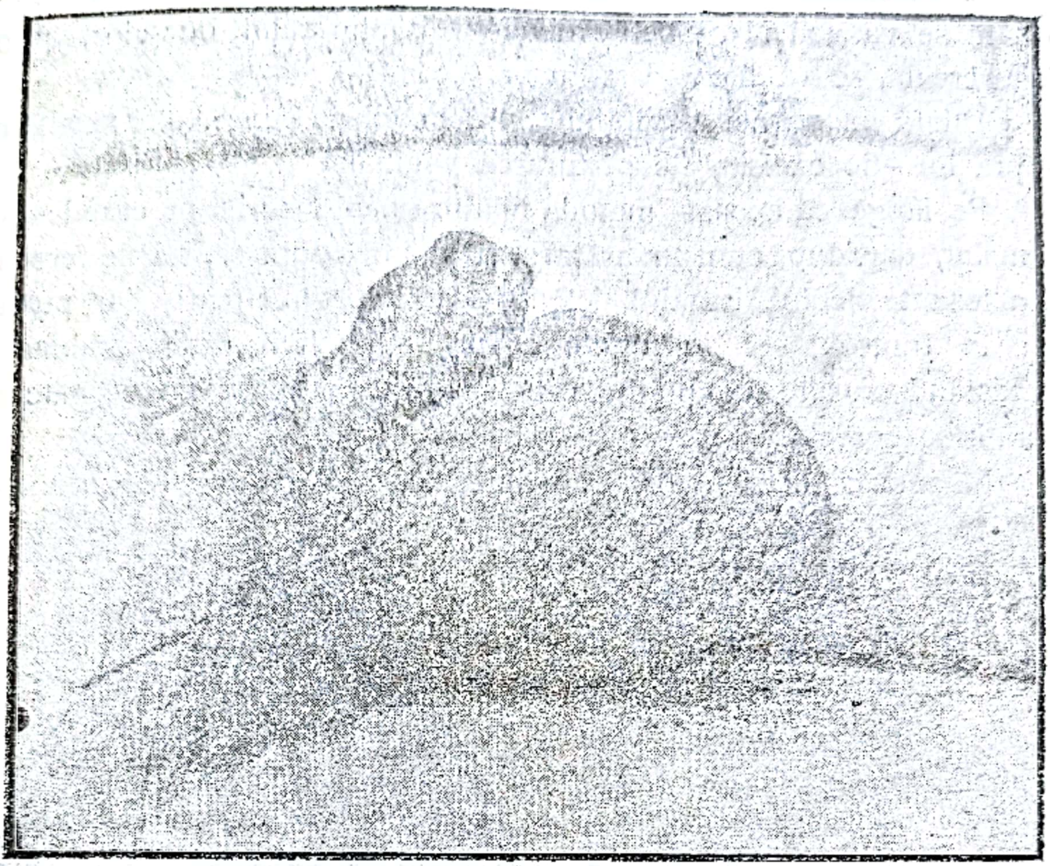


Fig. 13.

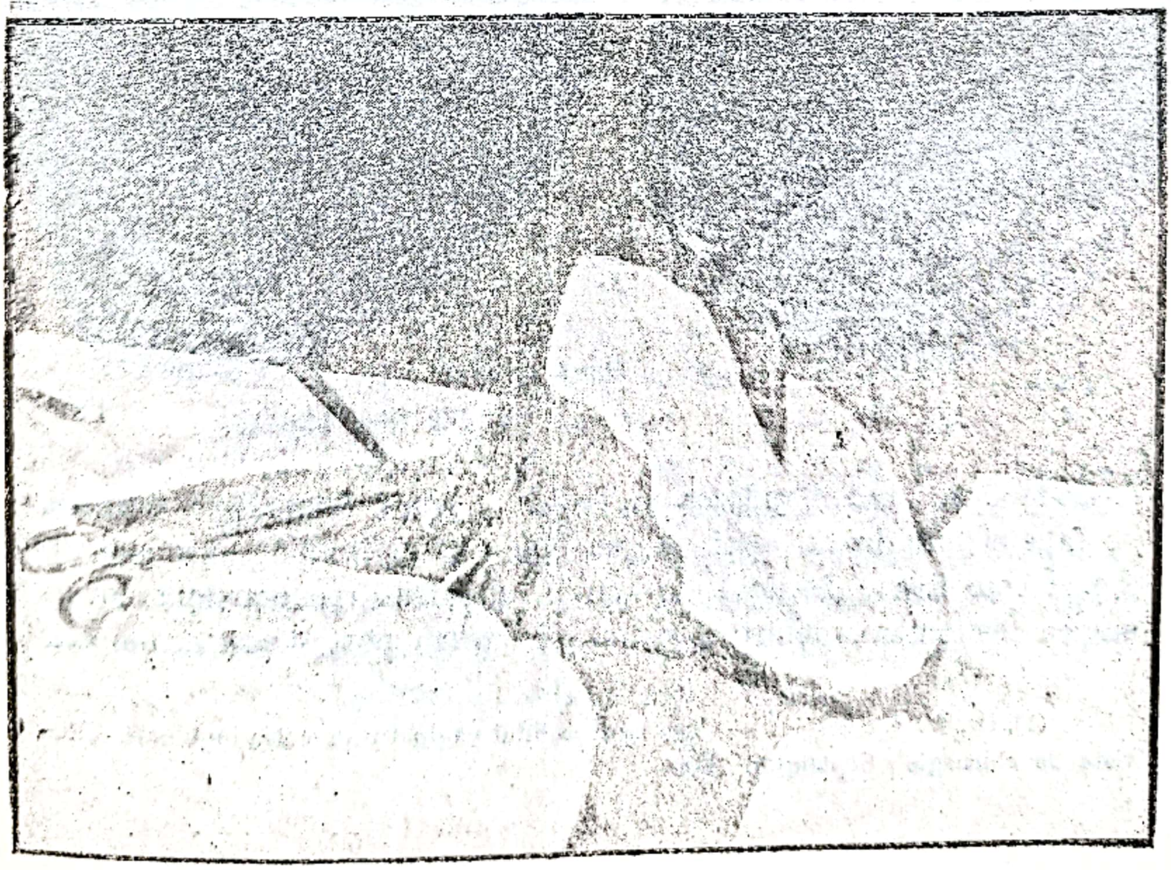


Fig. 14.

Continuând a exercita presiunea, tot lichidul din vaginala puncţionată se va goli şi ast-fel evacuarea conţinutului burselor, prin plaga creată, se va face foarte uşor (fig. 4).

Odată expus acest conţinut, putem foarte comod să executăm asupra lui—fie excisia, fie răsturarea vaginalei.

Pe lângă că această metodă înlătură neajunsurile pe care le-am semnalat, dar, după cum am arătat şi cu altă ocaziune (1) ea ne fereşte de a leza testiculul, canalul deferent, ori intestinul (care s'ar putea găsi în tumoră), şi în multe cazuri—de hydrocele combinate (coexistând cu alte afecţiuni), este singura cale care ne permite o operaţiune corectă.

In adevăr, dacă în cazurile tipice, ca cel din fig. 15, se poate proceda după recomandarea autorilor—tăind dealungul tumorei, pe faţa ei anterioară, apoi se ştie bine că nu tot-d'a-una (când vaginala este foarte destinsă de lichid) putem să recunoaştem inversiunea testiculară, pentru a incisa pe partea posterioară a tumorei.

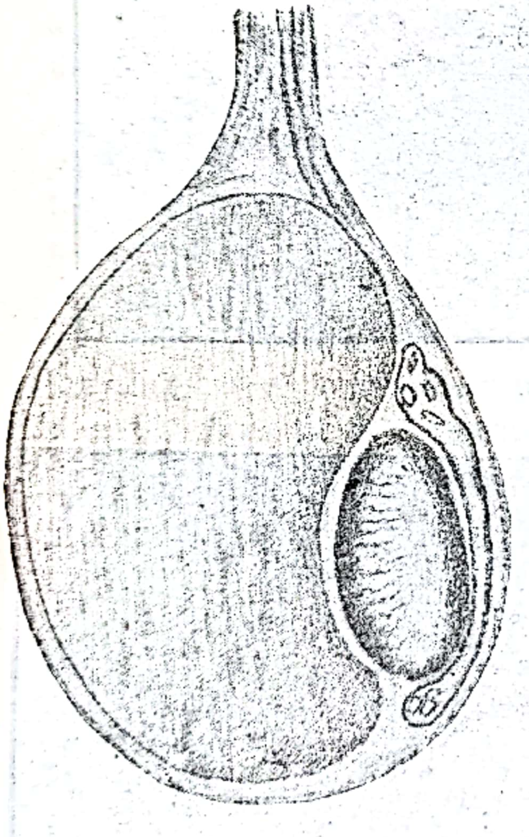


Fig. 15.

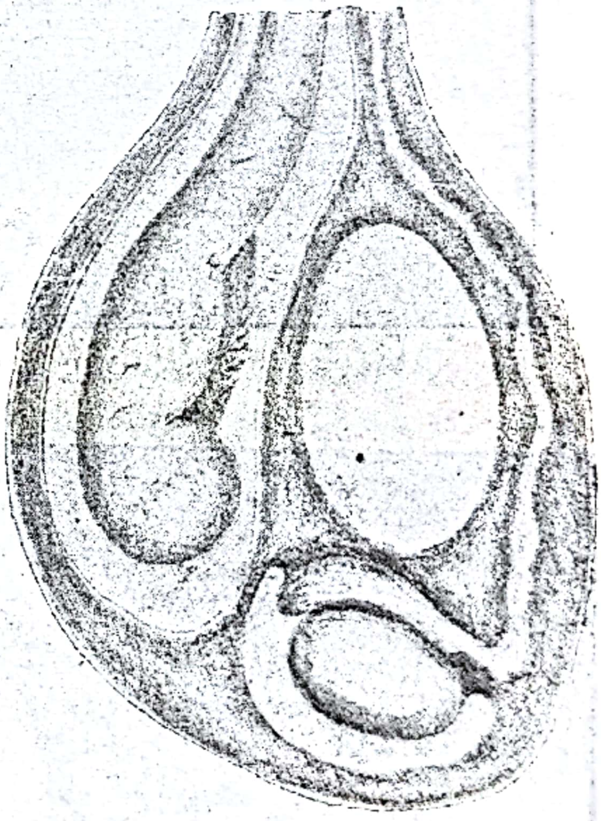


Fig. 16.

---

(1) Dr. V. Gomoiu.—Cura hydrocelului vaginal prin calea inguinală. „Revista de chirurgie“ Septembre 1909.

Ori, în cazuri de care am vorbit—ca acele din fig. 16 și fig. 17, putea-vom noi în tot-deauna să recunoaștem adevărata stare a lucrurilor ?

In caz că—nu, atunci se poate citi foarte ușor pe figuri neajunsurile la care ne putem expune.

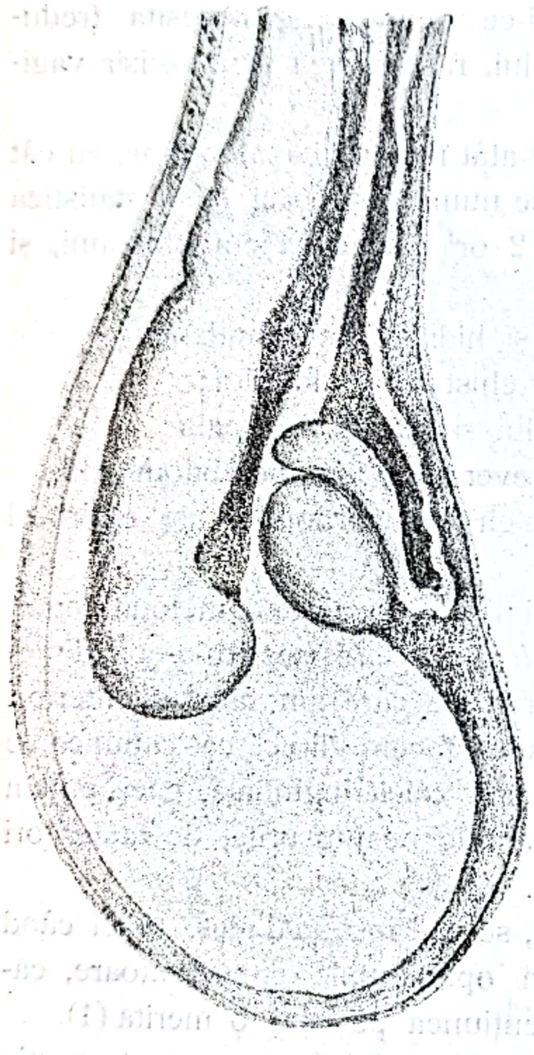


Fig. 17.

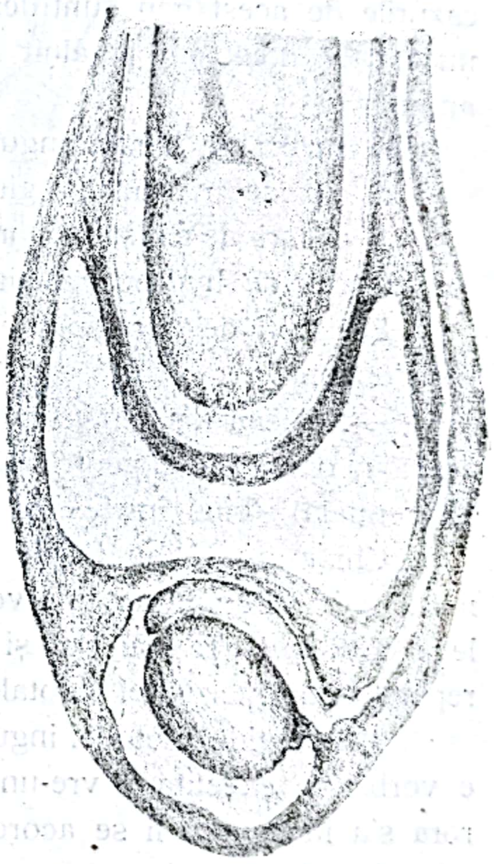


Fig. 18.

Dar în caz că—da, atunci, care ar fi incisiunea cea mai preferabilă ?—anterioară sau posterioară ?

Apoi, atât în cazuri ca cele din fig. 16, 17, cât și în altele analoage, ca în fig. 18, putea-vom noi executa corect și complect operațiunea pe care o reclamă terapeutica acestor cazuri ? Incontestabil că nu, și că vom fi nevoiți a prelungi incisiunea noastră până în regiunea inguinală. Și atunci, de ce să mai incisăm în zadar acel scrot și să nu intervenim direct prin inguină ?

Intervenind prin calea inguinală, tăem țesuturile sub controlul direct și continuu al ochiului, putem să le palpăm direct și să ne dăm bine seama de locul unde să puncționăm tumora, evitând astfel ori-ce accident. Apoi, dacă după puncție, tumora nu-și reduce complect volumul, o exteriorizăm în întregime și, odată exteriorizată, putem executa pe dânsa ori-ce operație ar necesita (reducerea intestinului, extirparea chistului, răsturnarea sau excisia vaginalei, etc.)

Chestiunea aceasta merită cu atât mai multă atențiune, cu cât cazurile de acest gen sunt destul de numeroase, căci pe o statistică mică ca a mea, am întâlnit de 12 ori asemenea combinațiuni, și anume:

5 cazuri de hernie inguinală și hidrocel independent;

1 caz de hydrocel vaginal și chist al cordonului;

3 cazuri de chist al cordonului și hernie inguinală;

1 caz de hydrocel vaginal și eventrație inguino-abdominală;

2 cazuri de hernie inguinală, chist al cordonului și hydrocel independent.

—Aceleași însemnate avantagii ni le oferă această metodă (inguinală) în operațiunile pentru *tuberculoză genitală*, (testiculo-epididimo-deferențială) — bine înțeles, cu rezerva pe care am făcut-o anterior.

Chiar atunci când este vorba să facem direct castrațiunea, e mult mai preferabil să intervenim prin calea inguinală, căci putem lega cordonul cât mai sus și scăpăm de neajunsurile, de atâtea ori repetate, ale incisiunei scrotale.

Avantagiile metodei inguinale, se văd însă mai ales atunci când e vorba să executăm vre-una din operațiunile conservatoare, cărora s'a început a li se acorda atențiunea pe care o merită (1).

In adevăr, pentru rezecția epididimului sau pentru rezecția parțială a testiculului, intervenind direct prin calea inguinală și enucleind testiculul și cordonul, în modul arătat, este mult mai ușor să izolăm canalul deferent sus, în mijlocul cordonului și apoi să'l urmărim până la continuarea lui cu epididimul, pe care îl disecăm, fără nici o teamă de a răni arterele spermatice și a expune la consecințele știute.

---

(1) Dr. V. Gomoiu. — Tratamentul chirurgical al tuberculozei genitale la bărbat. Societatea Științelor Medicale, București, 22 Febr. 1910.

Din contră, intervenţia prin calea scrotală (ca în fig. 19) întruneşte toate neajunsurile şi de aceea, de la Bardenheuer şi până acum, rezecţia epididimului a fost considerată ca o operaţiune grea.

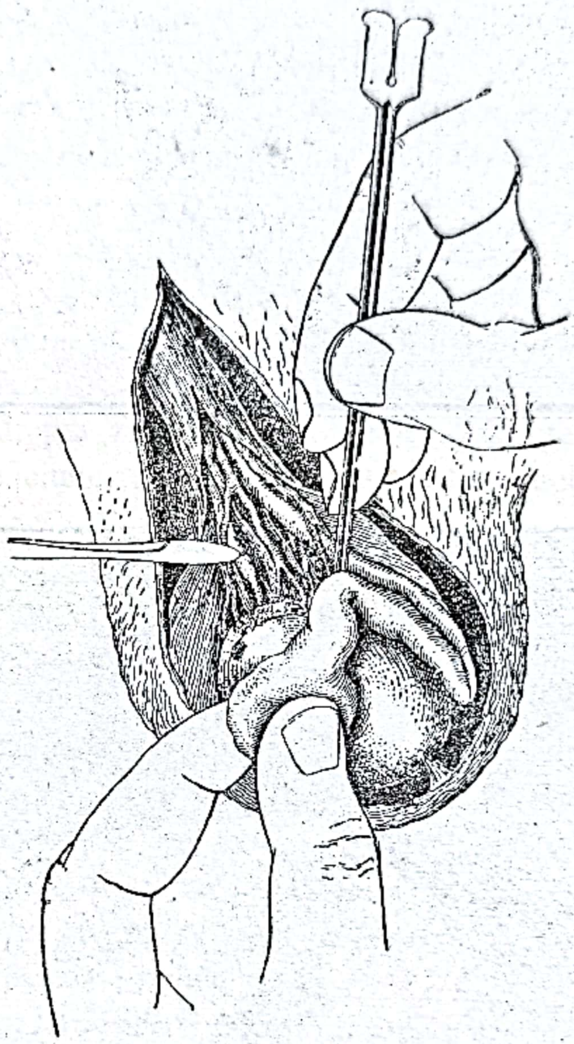


Fig. 19.

Mai mult încă, printr'o inciziune pur scrotală, este absolut imposibil de a practica extirparea canalului deferent pe toată întinderea lui bolnavă. Inciziunea inguinală (fig. 1, a) sau modificată (fig. 1 a', a'') este indispensabilă pentru executarea unei atari operaţiuni, şi în acelaşi timp ea este suficientă, aşa că inciziunea scrotală devine absolut inutilă (1).

---

(1) Dr. V. Gomoiu. — Epididimo-deferentită tuberculoasă bilaterală ; extirparea epididimului şi canalului deferent din ambele părţi, prin calea inguinală. Cercul de sutdii genito-urinare, Bucureşti, 12 Noemrrie 1909, (vezi „Spitalul“, No. 24, Decembrie 1999, p. 583.

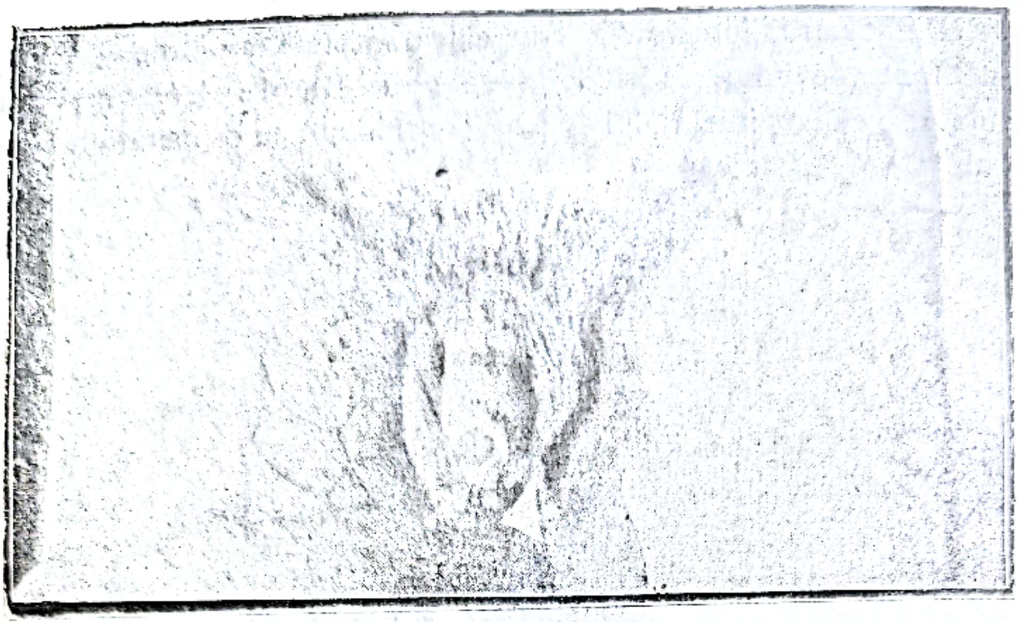


Fig. 20

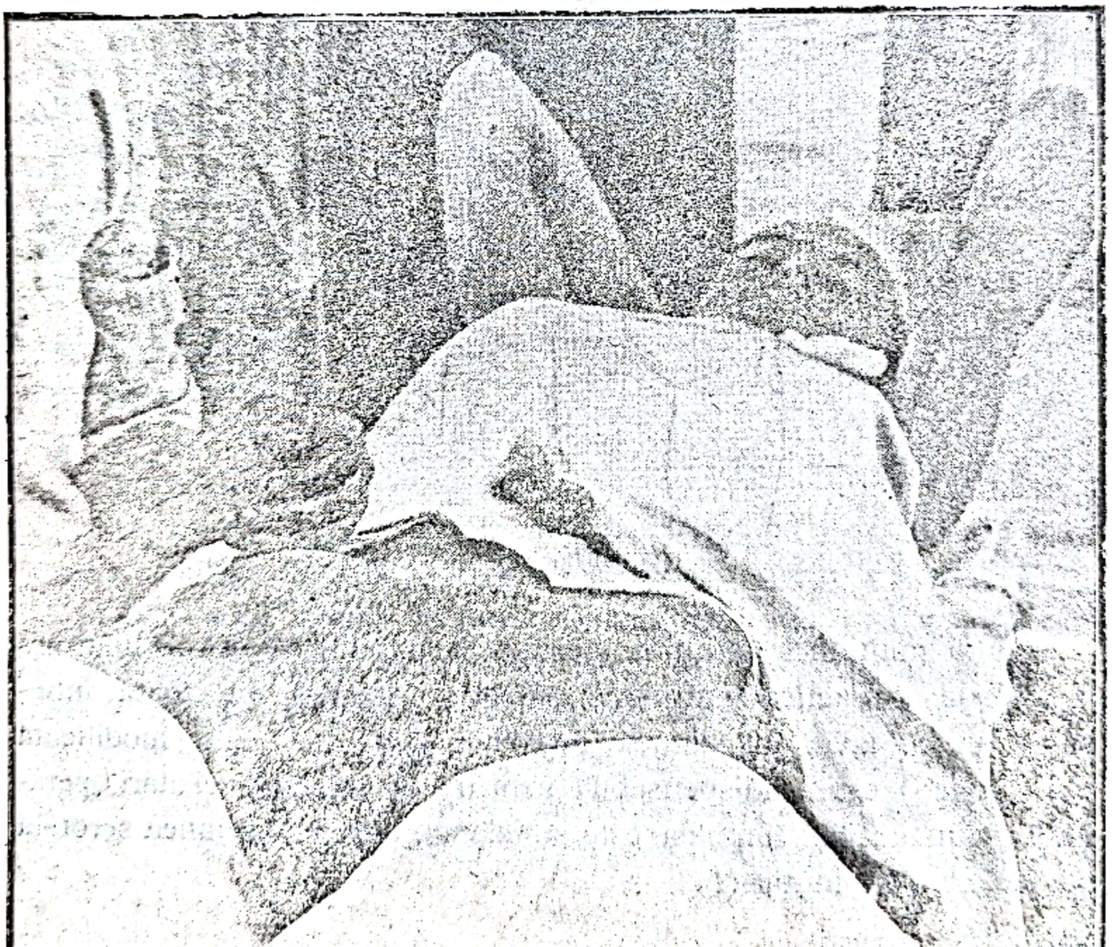


Fig. 21.

După cum se vede pe fig. alăturată, 20, a unui caz în care am făcut epididimo-deferentectomia bilaterală, scrotul a rămas neatins, conţinând testiculele în aparenţă normale (complecte), iar plaga inguinală s'a cicatrizat aşa de frumos că aproape nu se mai cunoaşte urma intervenţiei.

— Aceleaşi avantagii ale metodei inguinale, le avem şi în intervenţiunile pentru *chist* isolat al cordonului; fig. 21 (fotografie luată imediat după operaţie) convinge mai bine ca ori-ce repetare a argumentelor precitate: — un scrot neatins, ca şi când nici nu s'ar fi operat în interiorul său, — o plagă inguinală minimă, prin care s'a scos o tumoră destul de voluminoasă, iar ca rezultat o cicatrice admirabilă.

Entusiasmat, pot zice, de rezultatele obţinute în operaţiunile pentru afecţiunile citate, am întrebuinţat această metodă şi în două cazuri de *pachivaginalită* cronică, în care am făcut şi rezecţia totală a vaginalei.

Am întrebuinţat calea inquinală chiar într'un caz de *hematocel* traumatic (1). — acel reprezentat în fig. 22, şi rezultatul, după 8 zile, a fost cel din fig. 23 (fotografie), unde poate fi apreciat de ori-cine. Dat fiind timpul îndelungat în care se face vindecarea unui hematocel operat pe calea scrotală şi, considerând intervenţiunea largă (vidarea chiagurilor, extirparea unui kyst coexistent, rezecţia unei porţiuni întinse din tunicile interioare ale burselor) pe care am făcut-o aci, acest cas serveşte ca cel mai frumos exemplu pentru a demonstra superiorittatea metodei mele.

Afară de numeroasele cazuri de hernie inguino-scrotală, pe care toţi le tratează prin inciziunea inguinală, dar şi pentru cura herniilor crurale am întrebuinţat tot-deauna tot calea inguinală (cum de altfel o fac mulţi) şi am insistat chiar asupra avantagiilor pe cari le prezintă (2).

De asemenea, într'un caz de hernie inq.-scrotală *strangulată*, în loc de a inciza dealungul tumorei — cum recomandă cărţile, mi-am permis să aplic această metoda (inguinală) şi rezultatul pe care l-am obţinut, este cel din fig. 24 (fotografiat în momentul de

---

(1) Dr. V. Gomoiu. — Hematocel traumatic extravaginal, etc. tratat pe cale inguinală. Cercul de studii genito-urinare, Bucureşti, 21 Ianuarie 1910.

(2) Dr. V. Gomoiu. — Societatea Ştiinţelor Medicale, Bucureşti, 7 Decembrie 1909.

'a-i scoate agrafele de sutură) — rezultat pe care nu vreau să 'l mai comentez.

Cea-ce mă face să fiu mai circumspect faţă cu această indicaţiune (calea pur inquinală şi inchiderea primară în hernia inquino-scrotală-strangulată), care ar părea cea mai naturală, este pe de-o parte faptul că, necunoscând starea intestinului strangulat, îl putem rupe în timpul manoperilor de degajare (dacă calea nu este destul de largă (inquino-scrotală); — fiind-că mai totd'auna sacul herniar aderă oare-cum de tunicile burselor, care sunt infiltrate; iar pe de altă parte — de teama unei infecţiuni posibile din, cauza serosităţei murdare care se găseşte în sacul herniar, şi care necesită o bună antiseptisare locală.

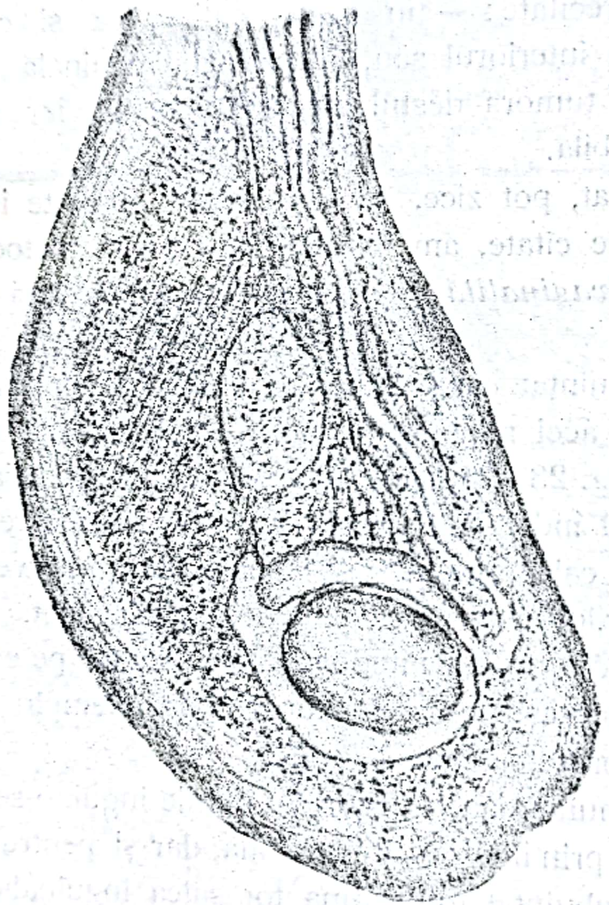


Fig. 22.

Din cele ce am arătat până aci, sper că reese destul de clar *inutilitatea absolută a inciziunei scrotale* în tratamentul afecţiunilor acestei regiuni — afară bine înţeles de cazurile de cari am amintit.

Pe de altă parte, sper a fi dovedit în deajuns că *metoda inguinală înlătură complect neajunsurile inciziunei scrotale, — că ne*

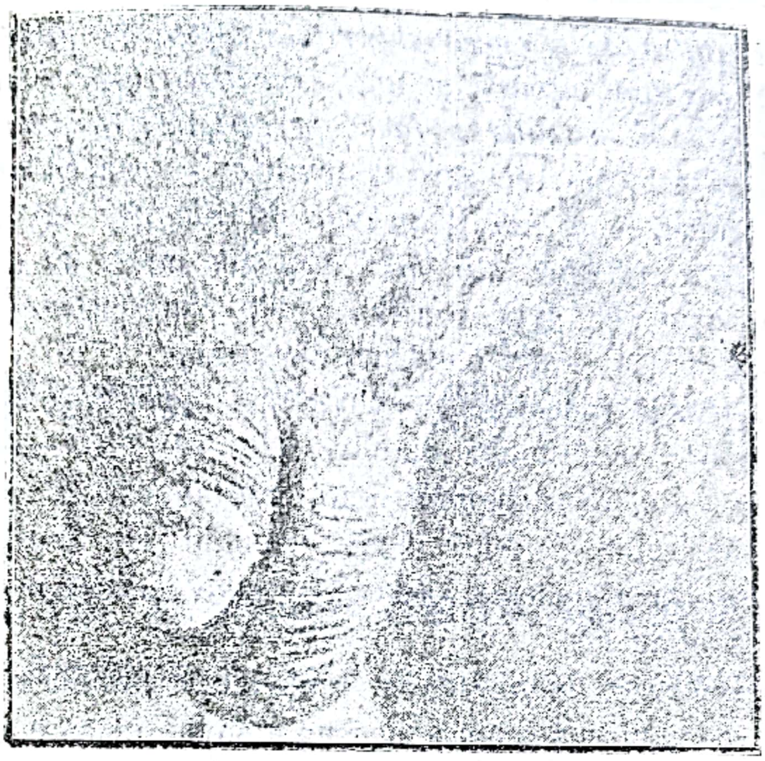


Fig. 23.

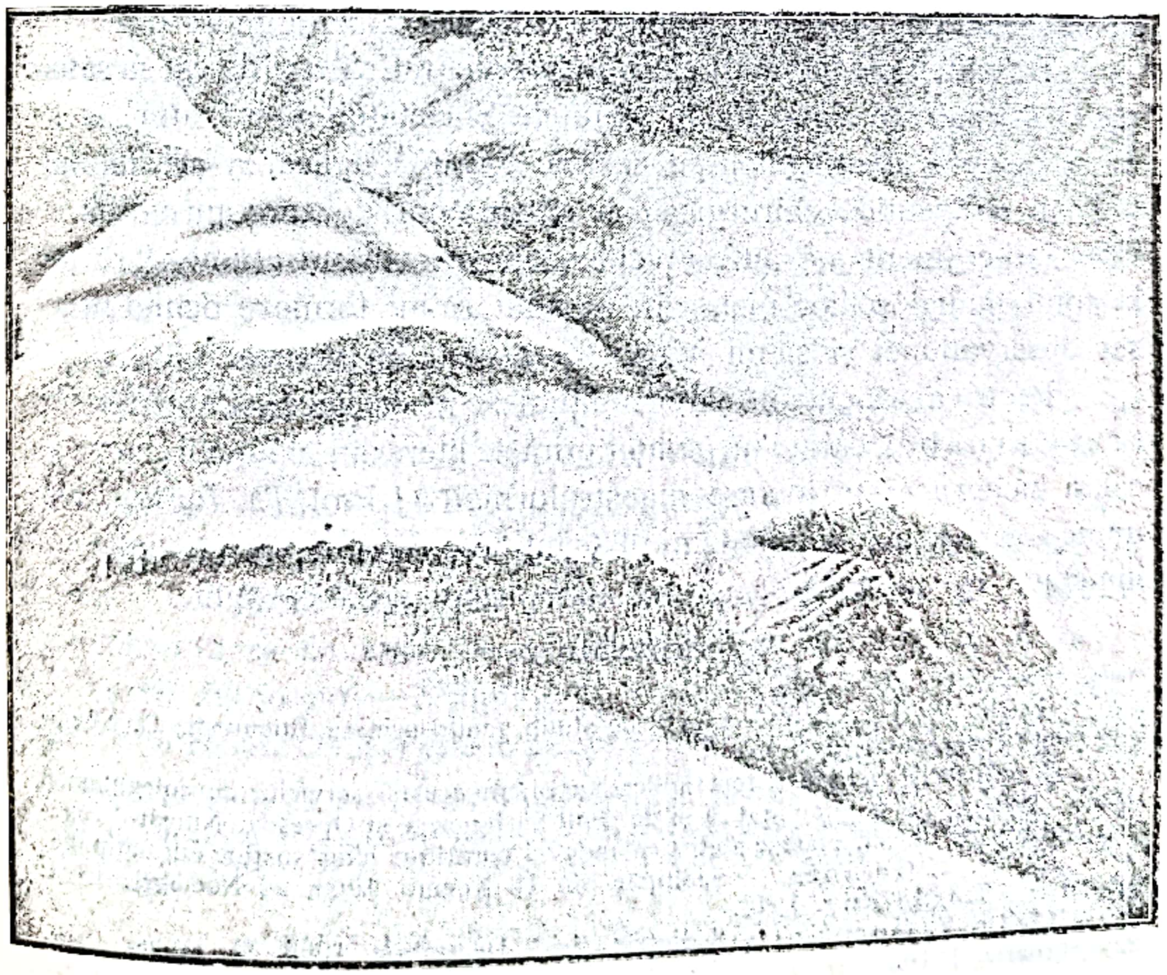


Fig. 24.

oferă posibilitatea de a opera chiar mai comod pe conţinutul burselor, — *că este mai uşoară şi mai expeditivă* (din toate punctele de vedere), — că *ne permite a face operaţiuni mai corecte şi mai complecte*, — că este singura care ne permite a practica anume operaţiuni; în sfârşit, — că *este o metodă superioară, nu numai din punct de vedere operator, dar mai ales din punct de vedere terapeutic*, după cum am avut ocaziunea s'o demonstrez (1) şi după cum se poate vedea şi din statistica alăturată.

Faptele susţin îndeajuns concluziunile mele, şi 'mi îndeplinesc o plăcută datorie mulţumind fostului meu şef — d-l medic colonel M. Călinescu, care 'mi a acordat toată latitudinea de a lucra în serviciul d-sale, cum şi d-lui medic căpitan Dr. Butoianu, care a bine voit să experimenteze alături de mine această metodă, consemnând-o ca atare (2).

Practica acestor operaţiuni, va pune într'o lumină şi mai clară afirmaţiunile de mai sus asupra acestei metode, pe care am numit-o „*a mea*" — în baza documentaţiunilor aduse înaintea Cercului de studii genito-urinare (3), a Societăţei ştiinţelor medicale(4), cum şi în publicaţiunile mele anterioare.

De altfel, prezentând acest memoriu, nu voesc de cât să satisfac o formalitate impusă de statutele Societăţei, şi să atrag atenţiunea asupra avantagiilor pe care le prezintă aplicarea acestei metode în terapeutica chirurgicală a afecţiunilor de care am vorbit.

Ori-ce merit aşi putea reclama în această inovaţiune, el revine în totul numai şefilor mei, cari au ştiut să'mi formeze ochiul necesar observaţiunei şi să'mi inspire dragostea de muncă.

Pentru acest cuvânt, ţin să mulţumesc în special d-lor D-ri Gerota şi Carnabel, cari m'au învăţat primele litere din alfabetul chirurgical, şi închin această lucrare maestrului meu d-l Prof. *Th. Ionescu*, din munca căruia am luat îndemnul la muncă, din luminile căruia m'am luminat, prin încurajarea căruia sunt astăzi acea ce sunt.

---

(1) Dr. V. Gomoiu. — Cercul de studii genito-urinare, Bucureşti, 12 Noembrie 1909, (prezentare de bolnavi).

(2). Această metodă a fost aplicată apoi, în acelaşi serviciu, de colegul meu Dr. M. Petrescu, d-l căpitan Manea şi de d-nii Sărbulescu şi Oprescu. Numărul casurilor operate de dânsii, măresc statistica mea şi contribue a'mi susţine afirmaţiunile.

(3) Dr. V. Gomoiu. — Şedinţele din 12 Noemb. 1909, 26 Noembrie 1909, 21 Ianuar 1910, 18 Febr. 1910.

(4) Dr. V. Gomoiu. — Şedinţele din 7 Decembrie 1909, 25 Ianuar 1910, 22 Februarie, 1910.

FAPTE ANATOMO-CLINICE

Dr. GH. ANDREI IONESCU

Un caz de ruptură traumatică a inimei

neînsoțită de alte semne de violență

(Afacere Medico-Judiciară)

Unei inime i se poate rupe: 1) peretele, 2) aparatul valvular.

Sub denumirea de *ruptură a inimei* socotim, mai natural și mai corect, a înțelege ruptura *peretelui ei*, adică a miocardului, de cât aceea a aparatului valvular, căci, din punctul de vedere anatomic, cât și clinic, deosebirea dintre aceste două feluri de rupturi este lămurită și nu are nevoe de dovezi în sprijin.

Lăsând la o parte rupturile care interesează aparatul valvular al inimei, ne vom ocupa de acelea ale peretelui propriu zis, adică de rupturile miocardului.

O inimă se poate rupe numai în 2 împrejurări: 1) în mod *spontaneu*, independent de ori ce violență exterioară; 2) ruptura inimei poate să fie rezultatul unui *traumatism*.

Dar, dacă, pentru ca o inimă să se rupă în mod spontaneu, trebue — condițiune esențială și exclusivă — ca ea să fie bolnavă, ca miocardul să fie atins de alterațiuni grave ale fibrelor musculare care-i micșorează coeziunea și rezistența, sau de alterațiuni ale vaselor (degenerescență) grasă, arterită, anevrismele (coronariene,) etc, ruptura traumatică se poate produce pe o inimă perfect sănătoasă —cu condițiunea însă ca să existe traumatismul, să existe violența exterioară.

Nu ne vom ocupa de rupturile spontanee, bine studiate și clar descrise prin toate patologiile clasice, ci vom face în mod exclusiv, oare care consideraţiuni asupra rupturilor traumatice ale inimei.

O ruptură traumatică a inimei se poate produce în următoarele împrejurări:

1. Prin pătrunderea în torace a unui glonte, instrument înţepător, etc.

2. Printr'o zguduitură puternică a întregului corp, precum ar fi aceea care ar rezulta din căderea dintr'un loc înalt.

3. Prin apăsarea sau strivirea toracelui între 2 corpuri sau 2 puteri rezistente: tamponare, trecerea unei roţi de trăsură, etc.

4. Printr'o contuziune directă şi violentă, aplicată pe peretele toracic şi în deosebi pe peretele anterior, precum ar fi o lovitură de cal, ciomag, etc.

Ori cari din aceste cauze traumatice ar fi, este cu totul rar ca leziunea traumatică cardiacă să nu fie însoţită de vr'o fractură a coastelor, a sternului, claviculei, sau de rupturi ale altor viscere: plămân, ficat, splină. Cu toate acestea se poate întâmpla ca ruptura inimei să nu fie însoţită de nici una din aceste leziuni, şi nici de vre-o altă leziune exterioară, apreciabilă, vizibilă, a violenţei suferite. Un atare fel de ruptură a inimei, neînsoţită de semne manifeste de violenţă la exterior, este una din modalităţile care oferă un interes demn de luarea aminte, atât din punctul de vedere pur ştiinţific cât şi din acela aplicat la medicina legală. Sub această etichetă încercăm şi noi a prezenta cazul de mai la vale, ca unul din cazurile rari in speţă şi deopotrivă de delicat sub raportul juridic de oare ce individul fiind lovit de mai mulţi inşi, justiţia trebuea să ştie care anume lovitură a determinat ruptura inimei şi prin urmare moartea.

RAPORT MEDICO-LEGAL

Subsemnatul Doctor în Medicină . . . . invitat de d-l Prim-Procuror al Tribunalului Ilfov, prin telegrama No. 14.554 din 2 Maiu 1909, *de a face autopsia cadavrului lui Ion Voicu Lixandru, din comuna Luica, jud. Ilfov, şi de a constata ori ce urmă de crimă sau delict*, astăzi 4 Maiu 1909, transportându-ne în această comună şi procedând la facerea acestei autopsii, în prezenţa d-lui Administrator al plăşei Budeşti, — după depunerea jurământului cerut de lege — am constatat următoarele:

I. ISTORICUL AFACEREI

In ameaza zilei de 1 Maiu 1909, pe la orele 11 — 12, câţi-va oameni din satul Luica erau la pusul porumbului, afară din sat, pe ogoarele lor, la locul numit „Valea Mare".

Lângă aceste ogoare, însă pe zona şoselei Luica - Curcani, băeatul Savŭ, în etate de 14 ani, fiul lui Voicu Lixandru, păzea oile tatălui său, la capul locurilor arate. Ajungând în capul ogorului lui Paraschiv Dumitrică, oile au intrat într'un petec de iarbă. Locuitorul Stan Dincă, în etate de 50 ani, ce se găsea pe un ogor vecin, văzând oile în iarbă, s'a repezit, a prins un miel din oi şi punându-l pe spinare, a plecat cu el. Copilul s'a luat după Stan rugându-l mereu să-i lase mielul, însă Stan îl gonea, îmbrâncindu-l.

In acest moment, Ion Voicu Licsandru, de 20 ani, fratele copilului, şi care dormea lângă o căruţă din apropiere, auzind ciorovoiala dintre Stan şi copil, s'a sculat, a dat fuga spre Stan şi ajungându-l i-a smuls mielul din spinare, încăerându-se împreună. Stan a trântit pe Ion Voicu Licsandru „căzând unul peste altul", iar martorul Marin Şeianŭ şi soţia, cari au asistat la această scenă, declară că Stan, care bătea jos pe victimă, „ar fi dat şi cu piciorul în inima lui Ion Voicu Lixandru".

Asupra lor au sărit să-i despartă, martorul Marin Şeianu şi soţia acestuia. Atunci a sosit şi Voicu Licsandru, tatăl lui Ion, şi s'au încăerat cu toţii, însă au fost despărţiţi de cei 2 soţi.

Voicu Lixandru a luat pe fiul său Ion, şi dând să plece spre sat, ca să reclame primăriei, au şi sosit, în fuga mare, de pe un ogor vecin, locuitorii Paraschiv şi Tudor Dincă, oameni în toată (vârsta), fraţi ai lui Stan Dincă, şi pe cari acesta din urmă îi strigase de departe să-i vină în ajutor.

S'a început atunci o nouă încăereală între fraţii Stan, Paraschiv şi Tudor Dincă cari au sărit cu oticile de la plug asupra lui Voicu Lixandru şi a fiului acestuia, Ion, lovindu-i. Stan s'a încăerat cu Voicu, iar Paraschiv şi Tudor au sărit asupra lui Ion.

Ceea-ce a urmat după această încăerare, ne spune martorul Marin Şeianu şi soţia lui, în declaraţiunea ce au făcut-o primăriei şi d-lui Administrator şi care se găseşte consemnată în procesele-verbale dresate de d-lor:

„Nevasta (zice Marin Şeianu) a rămas cu Stan Dincă şi Voicu „Lixandru, luptându-se cu ei să-i despartă, iar eu am alergat la

„Paraschiv şi Tudor Dincă care sărise din nou asupra lui Ion. „Paraschiv prinzând pe acesta, l'a apucat de gât, l'a trântit jos „stând călare pe el, iar eu am alergat acolo, am scos mâinile lui „Paraschiv din gâtul lui Ion, care sculându-se de jos în picioare, a „voit să plece, dar Paraschiv i-a dat din nou o lovitură în piept „cu oticul. Ion a căzut jos fără a mai mişca“.

„Paraschiv şi Tudor au luat oticile şi au fugit pe câmp, iar „Stan a luat un ulcior cu apă de l'a stropit pe Ion, însă peste „câte-va minute acesta a murit“.

Cadavrul lui Ion Voicu Lixandru a fost apoi transportat în sat, în casa părintească, unde subscrisul i-a făcut autopsia, în ziua de 4 Mai, în prezenţa d-lui Administrator N. Israel, a Autorităţei Comunale şi a multor altor persoane.

Din cercetările făcute de noi, reese că decedatul Ion Voicu Lixandru, s'a bucurat tot-dauna de o sănătate deplină până în momentul morţei. El era un tânăr sănătos, voinic, care nu se dădea înlături de la nici una din muncile grele ale profesiunei sale de plugar.

II. AUTOPSIA

A. Examenul Extern

Cadavrul lui Ion Voicu Lixandru aparţine unui bărbat tânăr, în vârstă de 20 ani, foarte bine conformat şi desvoltat, musculos, robust, vânjos, având talia 1 metru 67.

Rigiditatea cadaverică este complect dispărută. Putrefacţiunea este începută şi se caracterisează prin balonarea pântecelui şi culoarea verzue a peretelui anterior abdominal, a pielei gâtului şi părţilor superioare ale toracelui. Pe aceste regiuni, venele sub-cutanate sunt aparente sub formă de dungi întrerupte, verzi sau roşietice-murdare. Faţa este cianozată. Conjunctivele intens hiperemiate. In părţile declive dorsale se văd lividităţi cadaverice sub formă de pete largi, difuze şi confluente, presărate de numeroase echimoze asfixice (puncte) şi lentiforme, mai abundente pe pielea spatelor. Ochii sunt închişi, pupilele sunt egale şi puţin dilatate. Prin anus sunt propulzate materii focale; prin cele-lalte orificii naturale nu se scurge nimic.

Semne de violenţă. — Pe partea laterală stângă a gâtului se găseşte o zgârietură echimozată a pielei, sub forma unei dungi lineare, înguste, lungă de 4—5 ctm., şi îndreptată orizontal sau transversal pe această regiune. Această zgârietură interesează epidermul și o parte din derm. Spre capătul anterior al acestei zgârieturi se găsesc 2 mici vânătăi, abea aparente pe culoarea verde a pielei gâtului și însoțite de un minim extravazat de sânge în grosimea dermului și sub dermul acestei regiuni. Aceste vânătăi au o formă rotundă neregulată, și par a aminti impresiunea unor pulpe de degete.

In restul corpului, precum și pe membre, nu se mai găsește nici un alt semn de violență. Diferitele inciziuni superficiale și profunde, făcute în părțile moi ale acestor regiuni, nu mai descoperă vre-un atare semn. Sistemul osos este intact.

B. Examenul Intern

a) *Capul și cavitatea craniană.* — Țesutul conjunctiv sub-pericranien are vasele intens injectate. El este îmbibat cu substanța colorantă a sângelui în descompunere. Oasele craniului sunt bine conformate și dezvoltate, sunt tari, foarte rezistente la ferestruire, au o grosime coprinsă între 3—7 mm., sunt intacte. Dura-mater nu este îngroșată, ea se deslipește ușor de pe suprafața osoasă endo-craniană. Sinusurile vânoase intra-durale sunt pline cu sânge negru, licid. Meningele subțiri sunt transparente, au vasele intens injectate și se deslipesc ușor de pe suprafața corticală. Substanțele cerebrale, intens hiperemiate, au consistența ușor micșorată din cauza putrefacțiunei. Ventriculii cerebrali sunt destinși de licid cefalo-rachidian limpede.

b) *Toracele și cavitatea toracică.* — Nu se găsește nici un semn de violență la suprafața sau în grosimea pereților acestei cavități și nici disecțiunea amănunțită a musculaturei toracelui nu descoperă vre-un atare semn, afară, bine înțeles, de zgârietura și cele 2 vânătăi de pe fața laterală stângă a gâtului, descrise mai sus. Coastele sunt tari, rezistente la costotom, ele sunt flexibile, elastice, iar cutia toracică are mobilitatea și depresibilitatea proprie vrâstei individului. Numai coastele 5, 6 și 7, din stânga, prezintă o mobilitate mai mare în articulațiunea lor costo-vertebrală, decât similarele din partea opusă. Aceste articulațiuni par a fi fost violentate (?), căci capetele coastelor care le formează, proemină ușor înainte și ceva mai mult de cât ori-care din capetele celor-lalte coaste și în specie de cât similarele din partea opusă. Cu toate acestea, din cauza imbibițiunei cadaverice cu substanța colorantă a sângelui în descompunere şi a infiltraţiunei de declivitate cu serosităţile sanguine a ţesutelor moi, nu se poate distinge nici un extra-vazat sanguin înăuntrul sau împrejurul acestor articulaţiuni şi care să permită a caracteriza dacă această violentare a existat sau nu în timpul vieţei.

Plămânii umplu complect cavităţile toracice. Ei sunt infiltraţi cu gaze de putrefacţie şi îmbibaţi cu substanţa colorantă a sângelui. Nu prezintă nici o aderenţă interpleurală. Pleurele cu o culoare roşie-vişinie, murdară, care face să nu se poată deosebi prezenţa vre-unei echimoze asfixice subpleurală, etc.

Ţesutul pulmonar, infiltrat cu gaze de putrefacţiune, dă crepitaţiunea caracteristică acestui proces. El are o culoare vişinie murdară, iar prin presiune se scurge multă serozitate spumoasă, de aceeaşi culoare, atât din parenchim cât şi din ramificaţiunile bronchice intra-pulmonare. Căile aeriane extra-pulmonare sunt goale; mucoasa lor are o culoare verzue-murdară. Cartilagiile laringelui, ale tracheei, precum şi osul hioid sunt intacte. In musculatura şi organele gâtului nu se găseşte nici un alt semn de violenţă care să însoţească zgârietura şi cele 2 mici şi superficiale vânătăi aflate pe pielea părţei laterale stângi a gâtului.

Inima nu prezintă nici o modificare apreciabilă în forma, volumul şi dimensiunile sale,. La ridicarea plastronului sterno-costal apare pericardul, destins escesiv şi de o nuanţă vânătă închisă, văzută prin semi-transparenţa pericardului parietal. Sacul pericardic conţine 4—500 c. c. de sânge revărsat în interiorul lui. Acest sânge este lichid, gros, amestecat cu chiaguri mici, uşor cruorizate, prezintă un început de alteraţiune din cauza putrefacţiei. Este infiltrat cu puţine gaze şi provine dintr'o ruptură traumatică a urechiuşei drepte, (Hemoragie intra-pericardică).

Intr'adevăr, pe marginea laterală a acestei urechiuşe şi aproape de vârful ei, se găseşte o ruptură complectă a peretului acestei cavităţi. Ruptura este verticală, îndreptată în lungul marginei, are o formă liniară şi o lungime de un centimetru. In acest loc pericardul visceral este desprins, disecat şi echimozat, aproape pe toată suprafaţa exterioară a urechiuşei, de pe musculatura propriu zisă a acestui perete. Intreaga musculatură a urechiuşei este reprezentată printr'un strat foarte subţire, aproape lamelar şi translucid. Peretele inimei în acest loc, este foarte subţire şi chiar ceva mai subţire de cât peretele urechiuşei similare, din partea opusă.

Ruptura, văzută fiind pe suprafaţa exterioară a inimei, este reprezentată — după cum am zis mai sus — printr'o soluţiune de continuitate de formă lineară, verticală, a pericardului visceral. Văzută fiind prin suprafaţa interioară a urechiuşei, ea are o formă stelată, eclatată, plesnită, interesând în acest mod subţirele strat miocardic care formează peretele muscular al acestei cavităţi. Marginile de ruptură miocardică au aspect plesnit, sunt uşor echimozate, iar sângele ce s'a revărsat în pericard a disecat aproape întregul pericard visceral care înveleşte urechiuşa. Prin această ruptură s'a revărsat sângele în cavitatea pericardică. Intreaga faţă anterioară a inimei pare a fi uşor echimozată (?) sub forma unei plăci largi, cuprinsă între marginile laterale ventriculare, vârful inimei şi origina vaselor mari cardio-toracice şi care ar reprezenta exact conturul de proecţiune al peretelui sterno-costal pe această faţă a acestui organ. Numai aci pericardul visceral are o culoare neagră-roşietică, murdară, închisă, contrastând cu restul din suprafaţa exterioară a organului, care are o nuanţă mult mai deschisă, nu neagră, ci uşor vişinie, deşi e tot îmbibată cu substanţa colorantă a sângelui în descompunere. Putrefacţiunea şi îmbibiţiunea foiţei viscerale pericardice cu hemoglobina sângelui revărsat în pericard, face a nu se putea preciza în mod cert, dacă această enormă pată ar fi echimotică, traumatică. Totuşi dacă într'adevăr lucrul este aşa, atunci echimozarea este mărginită exclusiv la foaia viscerală pericardică şi fără a fi interesată şi musculatura, care, relativ bine conservată, nu prezintă vr'o modificare în culoare şi mai ales în vecinătatea pericardică imediat sub foaia viscerală presupusă echimozată.

Cavităţile inimei conţin sânge amestecat cu bule gazoase. Endocardul îmbibat cu hemoglobină în descompunere, are o culoare vişinie-murdară. Această seroasă este subţire, transparentă, nu prezintă nici o modificare patologică în aspectul şi grosimea ei. Miocardul, mai bine conservat, are o culoare brună pálidă, consistenţa cuvenită şi nealterată. Cu un cuvânt, musculatura tuturor cavităţilor inimei nu prezintă vr'o modificare apreciabilă în forma, volumul şi dimensiunile acestor cavităţi, nici o modificare apreciabilă în aspectul, structura anatomică, consistenţă, etc., a miocardului. Nu se găseşte nici o regiune de fibrozare sau scleroză interstiţială în muşchiul propriu zis sau în stâlpii de diferitele ordine. Nu există grăsime abundentă sub pericard. Prin nimic nu se poate presupune vr'o degenerescenţă sau infiltraţiune grasă miocardică. Inima prezintă caracterele anatomice ale unui atare organ sănătos, la un individ de 20 ani şi care se bucura de o sănătate deplină.

Valvulele, orificiile, coronarele şi vasele mari cardio-toracice sunt sănătoase. Endartera acestora din urmă este imbibată cadaveric, are o culoare vişinie. (*Ruptura traumatică, dinăuntru în afară, a părelelui urechiuşei drepte, prin compresiunea toracelui. Hemoragie intra-pericardică mortală*).

c) *Abdomenul şi cavitatea abdominală.* Cavitatea peritoneală conţine puţin lichid roşietic-murdar, transudatic. Traiectul gastro-intestinal este mult desvoltat, destins enorm de gaze. Ganglionii mezenterici sunt normali.

Stomacul, puţin ectaziat, conţine resturi alimentare formate din mămăligă. Pereţii sunt intacţi.

Intestinul subţire este în plină digestie; cel gros este plin cu materii fecale în prima jumătate. Elementul limfatic intestinal nu este aparent.

Splina are un volum potrivit, un aspect trabecular, o culoare roşie-închisă şi consistenţa puţin crescută.

Ficatul este palid, are un desemn uniform, lobular şi consistenţa nemodificată. Căile biliare sunt permeabile. Vezicula biliară e plină cu bilă cafenie închisă.

Rinichii au un volum normal. Capsulele fibro-elastice sunt subţiri, transparente, se ridică lesne şi nu intereseaza în ridicare substanţa corticală. Substanţele renale sunt proporţionate şi colorate uniform în roş-închis, vişiniu. Consistenţa ţăsutului renal nu este modificată.

Băşica urinară este goală.

Coloana vertebrală este intactă; ea nu a fost deschisă.

III. CONCLUZIUNI

Din cele descrise mai sus, subsemnatul conchide:

Cadavrul lui Ion Voicu Lixandru are pe gât o zgârietură şi 2 mici vănătăi, fără nici o gravitate, şi produse prin apucarea gâtului cu mâinele.

Pe restul corpului, precum şi pe membre, nu se mai găseşte nici un alt semn de violenţă.

Cauza morţei sale a fost o mare perdere de sânge în urma ruperei inimei.

Ruptura inimei nu este datorită vre unei boli a acestui organ, de oare ce la autopsie s'au găsit toate organele sănătoase, şi în particular inima.

Această ruptură, prin urmare, nu poate fi datorită de cât unei lovituri cu putere pe piept, prin apăsarea pieptului între două puteri rezistente, sau prin căderea pe piept a unei greutăţi precum ar fi corpul agresorului, etc.

Date fiind împrejurările în cari a murit acest individ, adică că el a avut o luptă cu alţii, a fost trântit jos şi în aceste momente a căzut sau s'a pus pe pieptul său agresorul, de sigur că ruptura inimei s'a produs în aceste momente şi din această cauză.

Bucureşti, Mai, 1909.

No. 516

Consiliul sanitar superior aprobă concluziunile acestui raport.

(ss) Prof. Buicliu, Cantacuzino, Drăghiescu, Măldărescu Proca, Severeanu, Soicescu, Veterinar Prof. Rigler.

Care lovitură a provocat ruptura inimei şi prin urmare moartea lui Ion Voicu Lixandru?

Bucureşti 20 Iunie 1909

No. 137

Domnului Jude Instructor, Trib. Ilfov, Cab. IV.

Ca răspuns la întrebarea pusă de d-v. prin adresa No. 2266 din 10 Iunie curent: „Care din loviturile din urmă aplicate de Stan Dincă şi Paraschiv Dincă este aceea care a produs leziunea inimei şi deci moartea victimei“, avem onoare a vă comunica, că, după cum afirmăm în ultimul alineat al conclusiunelor noastre, cauza morţei se datoreşte unei lovituri cu putere pe piept, sau apăsărei pieptului între două puteri rezistente, sau prin căderea pe piept a unei greutăţi; precum ar fi corpul agresorului, etc.

Avându-se în vedere leziunea traumatică mortală găsită la autopsia lui Ion Voicu Lixandru şi reprezentată printr'o ruptură a peretelui inimei; mărimea acestei rupturi; locul unde inima a fost ruptă; revărsarea sângelui în sacul inimei care trebue să fi urmat imediat rupturei; cantitatea mare de sânge revărsat în acest sac, precum şi felul cum a murit acest individ, credem că ruptura inimei şi prin urmare moartea, trebue să fi urmat imediat ultimelor lovituri ce el a suferit, întru cât între loviturile primite întâi de la Stan Dincă şi apoi de la Paraschiv Dincă, a trecut un oare-care interval de timp, după cum se stabileşte de instrucţie.

(ss) Dr. Gh. Andrei Ionescu.

ORDONANŢA DEFINITIVĂ

partea finală — responsabilitatea inculpaţilor

. . . .

. . . .

Faţă de aceste împrejurări în cari s'a petrecut faptul, cum şi faţă de Rechizitorul introductiv No. . . prin care d-l Prim-Procuror a deschis acţiune publică contra lui Stan, Tudor şi Paraschiv Dincă, pentru crimă, prevăzut şi penat de Art. 241 c. p., rămâne să vedem *care este partea de răspundere a fie-căruia dintre aceşti 3 inculpaţi.*

Pentru aceasta să examinăm gravitatea leziunei mortale ce prezenta victima, cu timpul trecut de la loviturile primite de la fie-care inculpat în parte, până în momentul morţei.

Am văzut în expunerea faptelor, cum, după ce victima Ion Voicu Lixandru a fost scos, de martorul Marin Şeianu, din mâinele lui Stan Dincă, s'a sculat şi plecat cu tatăl său spre sat, şi după ce s'a strecurat un interval de mai bine de 10—15 minute, sosind Tudor cu Paraschiv Dincă, acesta din urmă a trântit în 2 rânduri pe victimă, lovindu-l în cele din urmă cu oticul, în piept, şi că imediat după această lovitură victima a murit şi că la autopsia făcută cadavrului victimei, s'a găsit, că ruptura peretelui inimei, urmată imediat de o abundentă revărsare de sânge în sacul inimei, a fost cauza morţei, aproape instanteneu, a victimei.

Ori, dacă leziunea aceasta, de natură aşa de gravă, ca ori-ce leziune produsă la inimă [vezi Traité de Médecine, Bouchard—Brissaud T. VIII. p. 72 şi 151, — Brouardel—Gilbert T. IV, p. 288] s'ar fi produs încă din momeetul când victima 'a primit loviturile de la Stan sau Tudor Dincă, atunci, chiar din acel moment nu ar mai fi putut să mai facă nici o mişcare, şi deci nu ar mai fi avut loc lupta cu Paraschiv [vezi Dict. Encyclop. d. sc. méd. T. 18, p. 469 şi E. Barié. — Traite des Maladies du Coeur p. 245].

Cum însă a avut loc, însemnează cu certitudine că leziunea nu era încă produsă, şi că s'a produs numai în urma loviturilor primite de la acesta din urmă, adică de la prevenitul Paraschiv Dincă.

Că dar prevenitul Paraschiv Dincă, prin comiterea faptului expus, s'a făcut culpabil de crima prevăzută şi penată de art. 238, combinat cu 241 c. p.;

Având în vedere că în ce priveşte pe inculpaţii Stan şi Tudor Dincă, faptul lor nu poate fi calificat de complicitate la crima săvârşită de Paraschiv Dincă, de oare-ce, tot din cele expuse mai sus, nu rezultă dovezi cum că ei cu bună ştiinţă şi cu rea intenţiune l'au ajutat sau azistat în faptele care au pregătit'o, înlesnit'o, sau săvârşit'o, ci numai de delictul de lovituri simple penate de art. 238 al. 1 c. p. întru cât este stabilit că au lovit pe reclamantul Voicu Lixandru şi pe fiul acestuia Ion Voicu Lixandru.

Pentru aceste motive, etc.

Declarăm

Că este caz de urmărire contra lui Paraschiv Dincă pentru crimă, prevăzut şi penat de art. 239 combinat cu 241 c. p. pentru că prin lovituri a provocat moartea lui Ion Voicu Lixandru, şi contra lui Stan Dincă pentru faptul de loviri simple, prevăzut şi penat de art. 238 al. 3 c. p., etc. etc.

Jude Instructor, (ss) **V. Popovici**

LEGISLAŢIE

Art. 238 c. p. — Faptul de a lovi sau răni, cu voinţă o persoană sau a-i cauza ori-ce alte leziuni corporale, se pedepseşte, după împrejurări, ca crimă, ca delict, sau ca contravenţiuni.

Rănirile şi lovirile care n'au cauzat nici o boală, nici vre-o incapacitate de lucru, şi care s'au urmat din certe prin cârciume, bâlciuri, oboruri şi târguri, se pedepsesc ca contravenţiuni.

Celelalte răniri şi loviri simple se pedepsesc cu închisoare de la 15 zile până la un an.

Iar dacă au fost cu precugetare sau cu pândire, pedeapsa va fi închisoare de la 3 luni până la un an jumătate, şi amendă până la 2000 lei.

Art. 241 c. p. — Dacă rănirile sau lovirile voluntare au cauzat moartea, culpabilul se va pedepsi cu recluziunea.

SENTINŢA

Curtea cu juraţi condamnă pe acuzatul Paraschiv Dincă la una lună închisoare corecţională; pe Stan Dincă la 15 zile, iar acuzatul Tudor Dincă este achitat de pâra adusă în contră-i.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

SCURTĂ RECAPITULARE

A

ACŢIUNII CHIRURGICALE PE CAMPURILE DE LUPTA

EXPUNERE, TRADUCERE ŞI COMPLECTARE

(Urmare şi fine) (1)

XI. Răniri prin armă de foc ale esofagului

A. *La posturile de pansament*:

1. In lipsă de fenomene ameninţătoare din partea organelor respiratoare, să se facă emostasă bună şi să se aplice pansament.

2. Tracheotomia profilactică să se facă:

a) In caz de rănire simultaneă a laringelui sau tracheei;

b) (Chiar fără această complicaţiune), îndată ce apar primele semne ale unui obstacol în respiraţie sau turburări în fonaţiune.

B. *In spitalele de campanie*:

Alimentare artificială (mai întâiu prin rect, apoi cu sonde stomacale şi eventual—gastrostomie); esofagul nici o dată nu trebue cusut primitiv.

Transportul şi evacuarea:

Evacuarea la formaţiunile sanitare din urmă, sub controlul medical, şi îngrijire pentru alimentarea artificială a rănitului.

---

(1) Vezi „Revista Ştiinţelor Medicale“ No. 2 din Februarie 1910.

N. Tr. — Fiind că, în primul moment, este foarte greu să diagnosticăm o plagă a esofagului şi fiind că nici condiţiunile nu permit, ne vom abţine de la ori ce intervenţiune. In caz chiar de simplă bănuială a unei rupturi sau perforaţii a esofagului, se va evita ingerarea ori cărui aliment şi se va nutri bolnavul artificial.

Dacă nu este posibilitate ca bolnavul să fie transportat imediat şi departe, la un spital confortabil, i se va drena plaga, cu făşie de tifon curat, pentru a asigura scurgerea—în cazul când s'ar produce un flegmon al gâtului. In cazul când avem speranţa ca bolnavul să ajungă foarte curând la locul indicat, se va steriliza bine regiunea gâtului (regiunea plăgilor de intrare şi eşire) şi se va aplica un pansament curat, iar la spital, dacă se va confirma diagnosticul, şi dacă plaga nu va fi infectată, se va interveni ca pentru esofagotomie externă, şi se va face sutura esofagului. In atare împrejurări gastrostomia pare cea mai puţin indicată.

XII. Răniri prin armă de foc ale pulmonilor

A. *La posturile de pansament.*

1. După oprirea unei eventuale emoragii din vasele toracice, se aplică pansament oclusiv (peste plăgile mici se aplică făşii de emplastru adesiv). Injecţiune subcutană a 0.02 c. gr. morfină.

2. Emotoracele, pneumotoracele şi emoptisia, nu sunt obiectul unei interveniri terapeutice.

3. In caz de prolaps pulmonar,—espectaţiune, pentru că reducerea primitivă poate cauza pneumotorace şi infecţiunea cavităţii pleurale.

B. *In spitalele de campanie:*

1. In caz de fenomene ameniţătoare prin emotorace—puncţiunea aseptică (sângele trebue aspirat numai în mici cantităţi). Puncţiunea se nu se facă înainte de trecerea a 6—8 zile şi nu trebuie făcută prin orificiile de împuşcătură.

2. In caz de fenomene ameniţătoare din partea pneumotoracelui—puncţiune, şi dacă aceasta nu foloseşte,—toracotomie şi drenagiul cavităţii pleurale, însă numai sub severă asepsie.

3. La emfisem subcutanat întins—înţepături sau incisiuni multiple ale pielii, care pot fi salvatoare de viaţă.

Transportul şi evacuarea :

Emo şi pneumotoracele mare, cu fenomene ameninţătoare, precum şi emoptisia puternică, exclud transportul. Asemenea, răniţii (la cari canalul împuşcăturii se află mai adesea median faţă de un plan vertical dus prin sfârcurile mamilare) trebuesc predaţi ambulanţei. Alţi răniţi de pulmoni, după încetarea emoptisiei, suportă bine transportui. Răniţii puncţionaţi, nu trebuesc transportaţi.

N. Tr. — Cele mai adesea, în plăgile penetrante ale toracelui, este greu a preciza dacă emoragia se datoreşte unei rupturi a intercostalei sau provine dintr'o plagă pulmonară şi de aceea, în câmp nu poate fi vorba de nici o intervenţiune. Se va sterilisa regiunea, se va aplica un pansament uşor compresiv al toracelui şi se va transporta bolnavul la primul post. Chiar în caz de prolaps al pulmonului e mai preferabil să se sterilizeze bine locul, să se reducă pulmonul şi să se închidă imediat orificiul printr'un tampon de pansament curat. Se va combăte dispnea prin injecţiune de morfină. La primul post: observaţie atentă asupra emotoracelui, emoptisiei, pneumotoraxului, etc. Intervenţia să nu se facă de cât în cazuri cu fenomene ameninţătoare şi după insuccesul celor lalte mijloace, căci o intervenţiune în condiţiuni rele, consumă material, timp, etc., şi duce la rezultat funest iar pe de altă parte, orificiile pulmonare produse de gloanţele actuale, sunt mici şi se închid singure sub influenţa elasticităţei pulmonului (aşa că emoragia se poate opri spontaneu dacă nu s'au rănit vase mari). De aci bolnavii nu vor fi transportaţi de cât după restabilire.

XIII. Răniri prin armă de foc ale inimei

A. *La locurile de pansament :*

Nu se intervine prin operaţiune. Plaga se acoperă cu pansament oclusiv. Pentru calmare—injecţiuni de morfină.

B. *In spitalele de campanie :*

La fenomene de compresiune ameninţătoare din partea emopericardului—intervenire operatoare, sub asepsie severă.

Transportul şi evacuarea :

Din cauza emopericardului, complicând de ordinar rănirea, în genere aceste casuri sunt excluse de la transport.

N. Tr. — La plăgile cordului, ori este vorba de o rănire serioasă care nu permite nici transportarea, căci bolnavul va sucomba repede, ori dacă permite o supravieţuire mai îndelungată, însemnează că este vorba numai de o rănire a pericardului sau în tot cazul de o rănire foarte uşoară şi atunci, în condiţiunile noastre, puncţia pericardului ar fi poate de preferat.

XIV. Răniri prin armă de foc ale abdomenului

La locurile de pansament şi în spitalele de campanie:

In genere—să nu se intervină în mod operator. Orificiile de intrare şi eşire, care de ordinar sunt mici, se închid fără a se ridica rănitul după targă. Injecţiune subcutană de 0,02 c. gr. morfină (nu opiu). Nu se întrebuinţează analeptice sau tonice, pentru că produc adesea vărsături.

2. Intervenirea primitivă este indicată numai:

a) In caz de prolaps intestinal sau epiploic. Dacă e prolaps al intestinului şi dacă acesta nu e rănit sau nu are aspect suspect, se curăţă cu îngrijire şi apoi se reduce. Dacă e rănit pe o mică porţiune, se sutureazä şi apoi se reduce. In ambele cazuri—tamponadă îngrijită izolatoare a cavităţei abdominale şi închiderea plăgii abdominale până la punctul pe unde s'a tras afară tamponul. La prolapsuri strangulate, trebue mai întâi lărgită plaga abdominală. La leziuni mai intinse ale intestinului prolabat, ca şi acolo unde este îndoială dacă intestinul va mai reveni, se fixează de păretele abdominal, în plagă, spre a favoriza formarea unui anus artificial. Dacă intestinul prolabat prezintă semne de gangrenă începătoare, se trage mai mult afară sau epiploonul se resecă şi apoi se reduce.

b) In caz de rupturi mai mari ale păreţilor abdominali, cu rănirea intestinului. In caz de leziuni mici, intervenirea constă în sutură iar când sunt mai mari, se fixează părţile intestinale rănite în plaga abdominală; în ambele cazuri—tamponadă izolatoare exactă a cavităţei abdominale şi micşorarea plăgii.

c) In cazuri de orificii mici în păreţii abdominali, când se recunoaşte neîndoios că există răniri ale canalului gastro-intestinal, care nu se pot vindeca fără intervenire, adică spontaneu (eşire de tenii sau ascaride prin plaga exterioară, corpuri streine pătrunse înăuntru şi rămânând proeminente în afară, cum de ex. ţăndări lemnoase, etc). După deschiderea cavităţii abdominale la nivelul plăgii, intervenirea operatoare ca şi sub punctul *b*.

De şi în aceste trei cazuri speranţa de succes este minimă, totuşi, intervenirile mai sus numite trebuesc făcute la locurile de pansament pentru că altminteri răniţii de asemenea categorie sunt absolut perduţi.

d) In caz de emoragii intraperitoneale crescânde şi ameninţătoare (răniri prin arme de foc ale ficatului, splinei, vaselor mesenteriale). In asemenea cazuri, laparotomia trebue făcută numai de medicii cari posedă bine şi complect technica operaţiunii. Trebue să li se lase hotărârea, dacă condiţiunile exterioare reclamă sau se opun facerei laparotomiei.

3. *Tratament consecutiv.*

a) Injecțiuni de morfină.

b) Dietă schematică prin care, în primele două zile nu se dă de loc alimente; contra setii se dă ceai rece cu lingurița, după trecere de 24 ore; după 48 ore dietă lichidă (lapte, cafea, ouă, etc., după mijloacele existente), după 14 zile se permite alimente solide.

c) La ori ce rănit în abdomen, se întrebuințează punga cu ghiață.

d) Peritonitele începânde, nu se ating, ci se aplică comprese căldicele.

In caz de peritonită generalizată, dacă condițiunile exterioare sunt foarte favorabile, trebue făcută laparotomia.

Transportul sau evacuarea:

Nu se evacuează; repausul complect după rănire, este condițiunea principală a vindecării spontanee. Aceasta se întâmplă chiar pe câmpul de luptă, unde asemenea răniți se lasă 4—5 ore (pe cât posibil) în nemișcare, lipsiți de ori ce alimente și ori ce băuturi. După aceasta, transportul pe tărgi la postul de pansament. După tratare acolo (fie conservator sau operator), se predau la ambulanță. La o retragere, răniții în abdomen trebuesc predați inimicului.

N. Tr. — In războiul Ruso-Japonez, medicii japonezi aveau ordine formale de-a nu interveni în plăgile penetrante ale abdomenului; ei puneau bolnavii în repaos, lăsând ca natura să'i ducă la un sfârșit sau altul. Mortalitatea a fost la ei aproape pe jumătate mai mică de cât la Ruși, unde se interveneau pentru asemenea leziuni. Faptul se explică bine prin aceea că transportarea unor asemenea răniți nu se poate face ușor, iar condițiunile în care ne găsim la primele posturi nu sunt tocmai favorabile pentru asemenea operații.

XV. Răniri prin armă de foc ale rinichilor.

La locurile de pansament și în spitalele de campanie:

1. In genere, nu se face chirurgie renală primară.
2. Pansamentul protectiv și grijă pentru scurgerea neîmpedicată a urinei (drenagiu), formează baza terapiei primare.
3. *Numai* emoragii periculoase vieței, prin plaga externă, în caz de răniri întinse ale rinichilor și părților moi coperitoare, sau emoragii renale amenințătoare, din cauza rănirei întinse a rinichiului (cu deschiderea peritoneului), *indică interveniri operatoare primare.*

La emoragii renale intraperitoneale, se va urma ca la emoragiile intraperitoneale în genere, cu aceiași restricțiune relativ la intervenirea operatoare. La emoragii amenințătoare din plaga externă,—pătrundere până la rinichi și procedare conform celor constatate (legarea vasului sângerând, nefrectomie).

4. Ematuria, ori-cât de lungă și violentă ar fi, nu necesită v'ro intervenire operatoare.

5. La chiaguri sanguine în vesică:—pătrundere cu cateter metalic de calibru mare, sfărâmarea chiagului sanguin, aspirațiune și spălarea vesicei (dacă se poate cu soluțiuni alcaline).

6. La prolaps renal, în cazuri de răniri mai mari ale părților moi (împușcături tangențiale prin proectile groase)—reducerea rinichiului prolabat și tamponada sau sutură de fixare.

7. La tratamentul consecutiv se va avea cea mai mare grije pentru evitarea unei infecțiuni, mai ales când există fistule urinare primare.

8. Infiltrațiunile de urină, cu abcese perinefretice, necesită inciziuni largi.

Transportul sau evacuarea:

Nici un transport depărtat! Nici o evacuare! La o retragere, răniții de rinichi sau vesică, trebuesc predați în mâinile inimicului.

N. Tr. In cazul când operația se impune, e de preferat intervenția lombară, pentru a evita infecția cavității peritoneale și a asigura drenagiul lombar. Se va supraveghia cantitatea de urină eliminată; se va administra pe cât posibil alimentațiunea lichidă și se va asigura repaosul bolnavului.

XVI. Răniri prin armă de foc ale vesicei urinare

La locurile de pansament și spitalele de campanie:

1. Tratamentul primar se conduce după principiul scurgerei libere a urinei.

2. Se operează la locurile de pansament următoarele cazuri:

a) Cazuri de leziuni mai întinse ale vesicei, în cari încetează toate isvoarele urinei, unde prin urmare nu se elimină urină, nici prin plaga externă nici pe cale naturală, ci în care, arsura pe uretră și impulsiunea de a urina, denotă că vesica este goală.

b) Cazurile unde se observă scurgere de urină, prin fistule urinare primare, complicate și de o scurgere interioară, care se traduce sau ca infiltrațiune urinoasă sau ca peritonită începândă.

3. Se tratează în mod conservator:

a) Cazurile în cari plaga vesicei s'a închis şi deci nu mai vine urină în vecinătatea ei; ele se caracterizează prin lipsa unei fistule urinare primare, micţiune de ordinar neturburată sau prezenţa urinei în vesică, micţiunea fiind eventual turburată.

b) Cazurile în cari, deşi există o comunicare cu vecinătatea, totuşi urina ese afară prin fistula primară existentă, fără ca să existe fenomenele unei acţiuni nocive asupra peritoneului sau a ţesutului prevesical.

In asemenea cazuri — oclusiunea simplă a plăgii.

Intervenirea operatoare constă:

a) La răniri intraperitoneale: laparatomia mediană, sutura plăgii vesicale şi tamponada cavităţii peritoneale.

b) La răniri extraperitoneale: inciziunea ţesutului celular prevesical, sutura plăgii vesicale dacă e posibilă; alt-fel, drenagiul vesicei şi în fine tamponada spaţiului prevesical.

In cazurile când nu suntem siguri dacă există o rănire intra- sau extra-peritoneală, se începe operaţiunea cu inciziunea ţesutului prevesical. Dacă găsim o lesiune extraperitoneală urmăm ca sub punctul *b)*.

Dacă nici la partea anterioară, nici la cele laterale ale vesicei nu se observă nici o leziune, atunci se deschide vesica pe cale extraperitoneală, pe peretele ei anterior, spre a stabili locul leziunei, (rănire extraperitoneală a peretelui posterior, sau subperitoneală). In caz de leziune intraperitoneală, trebue să urmeze laparatomia.

5. Impuşcături ale vesicei, cer o aşezare în care urina să se poată scurge uşor.

Transportul sau evacuarea:

In tratamentul conservator, cateterismul permanent se poate înlocui prin aceia că, în cazurile cu micţiune neturburată, se invită bolnavul să urineze dese-ori, iar în cazurile când emisiunea urinei este turburată, se face adese-ori cateterism aseptic.

N. Tr. Pentru a asigura o cât mai bună scurgere a urinei, şi în lipsa unei supravegheri aşa cum se cere, cel mai bun lucru este punerea unei sonde uretrale (à bout coupé sau un Pezzer) à demeure şi drenarea superficială a plăgei, cu o fâşie de tifon. In caz când diagnosticul este nesigur, e mai preferabil să ne abţinem de la ori-ce intervenţiune, pentru a nu ne expune la o deschidere gratuită a vesicei. Ingrijirea unor atari bolnavi este tot-deauna destul de grea, şi cu atât mai mult în condiţiunile în care ne găsim.

XVII. Răniri prin armă de foc ale uretrei

La locurile de pansament:

1. Așezarea unui cateter permanent — **Nélaton**, de grosime medie) care reușește mai tot-deauna în rănirile numai parțiale ale uretrei (prin proectile de calibru mic). Dacă cateterismul (cu **Nélaton**) nu ar reuși, se întrebuințează catetere engleze semirigide cu curbătura lui **Mercier**.

2. Dacă cateterismul nu reușește, sau există semne de infiltrațiune urinoasă, atunci — uretrotomia externă cu întroducerea cateterului permanent prin partea anterioară a uretrei. In cazuri în cari chiotoarea (boutonnière) nu se poate face din motive exterioare, sau unde nu se găsește capul central al uretrei secționate la uretrotomie, atunci puncțiunea supra-pubiană sau cateterismul posterior.

Transportul sau evacuarea:

Dacă s'a întrodus cateter permanent, transportul și evacuarea sunt permise, sub supraveghere medicală.

XVIII. Răniri prin armă de foc ale părților genitale externe

A. *La locurile de pansament:*

Oprirea emoragiei, eventual prin legătura vaselor sângerânde, la locul de necesitate. Pansament protector.

B. *In spitalele de campanie:*

La răniri întinse ale pielei scrotului și distrugerea substanței testiculare — castrațiune. La rupturi întinse ale penisului — amputațiune.

Transportul sau evacuarea:

Transportul și evacuarea permise.

XIX. Răniri prin armă de foc ale coloanei vertebrale, cu—sau fără participarea măduvei spinale

La locurile de pansament și în spitalele de campanie:

Oculziunea plăgii.

La semne de infecțiune începândă, după lărgirea plăgii, se va face debridare atentivă, cu depărtarea eskilelor osoase, eventual a projectilelor rămase, şi excochleaţiunea spongioasei supurânde, până la Dura. Din cauza pericolului trecerii infecţiunii asupra Durei, e mai bine a lua mai mult de cât mai puţin.

Cu participarea măduvei :

A. *La locurile de pansament:*

Diagnoza exactă fiind imposibilă şi terapia primară operatoare fără speranţe, *nu trebue intervenit prin* operaţiune ; deci,— ocluziunea plăgii şi grije pentru vesică (or care rănit la măduvă, trebue examinat în privinţa stării de plenitudine vesicală).

B. *In spitalele de campanie:*

1. Precauţiuni contra decubitului (acoperirea părţilor corporale proeminente cu cârpe unse şi aşezarea pe saltele bine umplute, care nu se cufundă sau pe colaci).
2. Grije de vesică (cateterizm aseptic).
3. La semne ce indică începerea infecţiunii, se va proceda ca la rănirile prin arme de foc ale coloanei, fără participarea măduvei.

Transportul sau evacuarea.

In vederea necesităţii unui tratament spitalicesc foarte atentiv al împuşcăturilor rachidiene, când aceste îngrijiri nu se pot da în zona dinainte, trebuesc cât de curând evacuate la formaţiunile sanitare din urmă (cu vase spitale, trenuri sanitare). Inconvenientele transportului se compensează prin imobilizarea coloanei vertebrale într'un pat gipsat.

N. Tr. Ne-având tot-d'a-una posibilitatea de a sonda bolnavul la timp şi pentru a evita infecţia vesicei, este de preferat şi aci punerea unei sonde (de gumă) à demeure. Asemenea răniţi pot fi şi ei predaţi inamicului, la nevoe.

XX. Răniri prin armă de foc ale omoplatului

A. *La locurile de pansament:*

Oculziune primară a plăgii ; mitella.

B. *In spitalele de campanie:*

Repausul braţului pe torace, co-lezat de cele mai multe ori, prin un bandagiu fixând braţul, iar la dislocare persistentă a fragmentelor fixarea braţului de torace se face în acea poziţiune în care a reuşit coaptarea.

La deslipiri totale ale extremităţii articulare scapulare, dislocarea se înlătură cel mai bine prin un bandagiu Sayre cu o pernă axilară.

Transportul sau evacuarea.

Transportul şi evacuarea depind de gradul leziunei pulmonare complicând poate fractura prin armă de foc a scapulei.

XXI. Răniri prin armă de foc ale claviculei

A. *La locurile de pansament:*

Emostasă şi oclusiunea plăgii; mitella, cu fixarea braţului de torace, prin câte-va circuite de faşă.

B. *In spitalele de campanie:*

Reducerea fracturii şi imobilizarea în poziţiunea care înlătură dislocarea.

Pentru cele mai multe cazuri de fracturi prin armă de foc ale părţii mijlocii, cu dislocare tipică, este cel mai bun bandagiul cu făşii de diachilon al lui Sayre, cu interpunerea unei perne axilare. In axilă se presară pulbere, contra sudorii. Când şi toracele e rănit, când pacienţii sunt la pat, spata se aşează în gol.

Dacă nu e dislocare de fragmente, atunci se pune mitella cu fixarea braţului de torace.

Transportul sau evacuarea.

Transportul şi evacuarea se influenţează prin unele complicaţiuni (răniri de vase sau răniri pulmonare, etc.).

N. Tr. Să asigurăm o cât mai bună imobilizare a membrului superior şi umărului, pentru ca fragmentele claviculei să nu rănească pachetul vasculo-nervos.

XXII. Răniri prin armă de foc ale articulaţiunii scapulo-umerale

La posturile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. Tratamentul primar, după principiile stabilite sub No. curent 5.

2, Fixarea articulaţiunei se face la locurile de pansament, prin un bandagiu cu atele scrobite. Atela se aplică pe faţa externă a membrului, fixat în unghiu drept; ea coprinde articulaţiunea umerală ca o cupolă şi ajunge până la extremitatea degetelor. După căptuşire abundentă a axilei, braţul se fixează pe torace, în uşoară abducţiune.

Transportul sau evacuarea.

Transportul şi evacuarea, ca la No. curent 5.

XXIII. Răniri prin armă de foc ale osului umeral

A. *La locurile de pansament:*

1. Tratamentul primar—după principiile de sub No. curent 5.
2. Toate fracturile prin armă de foc ale umerului, trebuesc fixate primitiv prin un bandagiu de atele scrobite.

Bandagiu circular gipsat nu trebue întrebuinţat, din cauza umflării primare însemnate a braţului, prin formare de ematome:

Pentru fixare, sunt destul două atele: una mare externă, în unghiu, care coprinde articulaţiunea scapulo-umerală şi ajunge pe faţa externă a braţului până la degete, şi una mică la partea internă a umerului. Căptuşirea axilei şi toracelui şi fixarea umerului de torace prin feşii scrobite. Bandagiul poate fi întărit prin 2 inele de gips trecute peste urmăr şi torace şi peste spată şi antebraţ.

B. *In spitalele de campanie:*

După 2—3 zile, după desumflarea părţilor moi, se aplică bandagiu gipsat normal.

Transportul sau evacuarea.

Transportul şi evacuarea, în genere sunt permise, după întărirea bandagiului.

La fracturi cu leziuni întinse ale părţilor moi şi cu gloanţe oprite: —numai dacă rănitul poate ajunge în 24 ore în mânile medicilor, la spitale; amputaţi şi desarticulaţi, pot fi transportaţi 24 ore după operaţie, dacă e nevoie şi dacă legătura vaselor s'a făcut după anatomia plăgii. Când însă condiţiunile o permit, asemeni operaţi trebue să stea 2—3 zile în spitalele de campanie.

Observație. — La fracturi prin armă de foc umerale în $^{1}/_{3}$ medie, să nu se uite posibilitatea interpunerii între fragmente a nervului radial (dureri fulgurante în regiunea nervului la frecarea extremităților în timpul reducerii). Nervul trebue liberat prin mișcări de estensiune și circumducțiune.

XXIV. Răniri prin armă de foc ale articulațiunei cotului

La locurile de pansament și spitalele de campanie:

1. Tratamentul primar—după principiile de sub No. curent 5.
2. Fixarea articulațiunii la posturile de pansament, prin acelaș bandagiu, ca la articulațiunea scapulo-umerală.

Transportul sau evacuarea.

Transport și evacuare, ca sub No. curent 5.

N. Tr. Aci, ca și la No. 22 și 23, principiul este: sterilizarea cât mai bună a regiunei și o bună imobilizare—cum se poate și cu ce se poate.

La nevoe (când ne temem de infecție) să se pună chiar un mic fitil de tifon (dren).

Acești bolnavi (No. 22, 23, 24, ca și cei de la No. 25, 26 27), dacă nu au și alte lesiuni, se pot transporta foarte bine.

XXV. Răniri prin armă de foc ale oaselor antebrațului.

A. *La locurile de pansament și în spitalele de campanie:*

1. Tratamentul primar — după principiile stabilite sub No. curent 4.
2. Toate formele de fracturi ale antebrațului, de tratat conservativ, trebuesc fixate la locurile de pansament, după schemă, afară de acele ale radiului, la locul așa numit tipic, care necesită un bandagiu special.
3. Pentru fixare, se pot întrebuința atât bandaje cu atele, cât și bandaje gipsate, circulare.

Bandajul gipsat este admisibil chiar la locul de pansament, pentru acele forme de fracturi, în care se poate spera un decurs aseptic. Tumefacțiunea părților moi, în fracturile prin armă de foc ale antebrațului, nu ajunge nici odată acel grad ca în rănirile umărului, și deci, la decurs aseptic nu trebue temut pericolul dislocării fragmentelor sub bandagiul gipsat.

Fracturi prin armă de foc, cu prognosă nefavorabilă sau dubioasă (din punct de vedere al decursului aseptic), trebuesc imobilizate prin bandaje cu atele.

4. La ambele feluri de bandaje, trebuesc observate următoarele principii:

a) Bandajele se aplică după ce punem articulaţiunea cotului în unghiu drept (mai bine în unghiu ascuţit) iar antebraţul în supinaţiune;

b) Fragmentele osoase nu trebue să se disloce prin bandagiu gipsat, prea strâns aplecat, circular, şi în caz de atele prea înguste.

c) Bandajul trebue să ajungă în sus până la jumătatea umărului, şi dacă leziunea părţilor moi nu e prea gravă, lasă numai degetele libere.

d) Căptuşire abundentă a bandajului.

5. Bandajul cu atele (de carton sau gipsate) se aplica pe partea dorsală şi palmară.

Tendinţa dislocării fragmentelor în spre spaţiul interosos, se combate cel mai bine prin căptuşirea convexă a atelei palmare.

6. Fracturile radiului, la aşa numitul loc tipic, cer un tratament diferind de cel de sus. Aci se pot improviza uşor bandajele cunoscute din timp de pace (atela dorsală a lui Roser, atela în pistol a lui Nélaton, etc). In circumstanţele războiului, se face un bandagiu fixând mâna în poziţiune de abducţiune, pronaţiune şi flexiune; spre acest scop, rănitul aşează mâna în poziţiune forte de abducţiune, peste genunchele său aşezat în unghiu drept; apoi, pe suprafaţa dorsală a mâinii ţinută în flexiune, pronaţiune şi abducţiune, se aşează o atelă gipsată (feşi de tifon muiate în pastă de gips), care, de la articulaţiunile metacarpo-falangiene ajunge până la jumătatea antebraţului.

Transportul sau evacuarea:

N. Tr. Pentru aceste leziuni, în genere, sunt de preferat aparatele à claire voie (atele) fiind-că au cel puţin aceeaşi rezistenţă ca şi bandajele gipsate circulare, sunt mai uşor de manipulat (de aplicat şi de ridicat), nu curmă membrul, şi permit o inspecţiune continuă a părţilor.

XXVI. Răniri prin armă de foc ale articul. pumnului

La posturile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. Tratamentul primar, după principiile de sub No. curent 5.

2. Fixarea articulaţiunii se face la locurile de pansament printr'o atelă gipsată sau de carton. Degetele precum şi cotul (aşezat în unghiu drept) trebuesc coprinse în bandagiu, apoi mitella.

Transportul şi evacuarea—ca la No. curent 21.

Observaţiuni. — La toate împuşcăturile mâinii şi articulaţiunii pumnului, injecţiune profilactică cu antitoxină tetanică, făcută la locurile de pansament.

N. Tr. — In răniri de acestea, cu zdrobiri, cum şi pentru cele prevăzute sub cap. 25, băile calde antiseptice vor aduce bune servicii.

XXVII. **Răniri prin armă de foc ale mâinii**

La locurile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. Cu toată infecţiunea adesea apărândă, se va proceda conservator, după principiile de sub No. curent 4.

2. Imobilizarea mâinii pe o atelă de carton sau de lemn.

3. La emoragii din palma mânii nu se face tamponadă, ci legătură dublă, la locul de necesitate, pentru că numai aceasta fereşte de emoragii secundare, care la apariţiunea infecţiunii periclitează pe pacient, şi necesită uneori amputaţiunea spre a opri emoragia.

4. La răniri prin armă de foc ale falangelor, în genere, e bună procedarea activă (amputaţiune, desarticulaţiune) pentru grăbirea procesului vindecării; procedarea conservatoare este indicată numai în rănirile policelui şi indicatorului.

XXVIII. **Răniri prin armă de foc ale oaselor ligheanului**

La locurile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. Importanţa şi gravitatea lor depind de eventuala rănire concomitentă a cavităţii abdominale, a vesicei şi uretrei.

2. Impuşcături simple ale ligheanului, se tratează primar-după principiile generale.

3. Din cauza imposibilităţii fixărei oaselor fracturate, trebue renunţat la bandage imobilisatoare.

4. Răniri ale lighianului, complicate de deschiderea cavităţii abdominale şi rănirea uretrei, se tratează după principiile de sub N-rile curente 12 şi 15.

Transportul sau evacuarea:

Răniri simple ale ligheanului, cum şi cele complicate de rănirea uretrei, pot fi transportate sau evacuate după facerea uretrotomiei; cele complicate de deschiderea cavităţii peritoneale sau chiar îndoioase în această privinţă, nu se transportă nici evacuează.

N. Tr. — Transportul unor atari răniţi, fiind foarte greu, este de preferat ca ei să fie aşezaţi în repaos, în punctul cel mai apropiat şi trataţi acolo, iar la novoe să fie predaţi.

XXIX. Răniri prin armă de foc ale articulaţiei coxo-femorale

La locurile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. Tratamentul primar — după principiile de sub No. curent 5.

2. Imobilizarea articulaţiunii, la locurile de pansament, cere deosebită îngrijire din cauza marelui pericol de transport.

Unicul bandagiu fixător sigur, este bandagiul gipsat; el trebue aplicat într'o uşoară poziţiune de abducţiune a membrului (în vederea unei eventuale ankilose) şi pe lângă articulaţiunea bolnavă, trebue să coprindă şi pe cea sănătoasă şi întreaga coapsă sănătoasă. Cam la mijlocul coapselor trebue ingipsat un lemn transversal pentru întărire şi spre a servi ca mâner de ridicare al răniţilor. Intărirea bandagiului gipsat este de dorit. Atelele întăritoare (carton, lemn, aşchii, sârmă) trebue să ajungă de la talpă până la arcurile costale. Bandajele cu atele (externă şi posterioară) trebue să ajungă de la talpa piciorului până la arcurile costale; Acestea nu se pot întrebuinţa decât excepţional ca mijloc de imobilizare şi pentru transport.

Transportul sau evacuarea:

Din cauza marelui pericol la transport, aceste cazuri trebue ţinute, pe cât posibil (6—8 zile), în spitalele de campanie.

N. Tr. — Pentru a nu fi nevoiţi să refacem des aparatul gipsat, se va avea grije a lăsa o fereastră în dreptul leziunei articulare, pe unde să putem observa starea ţesuturilor şi să o tratăm. Necesitând un tratament îndelungat, vor fi transportaţi cât mai departe.

XXX. Răniri prin armă de foc ale femurului

La locurile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. Tratamentul primar — după principiele de sub No. curent 4.

2. Imobilizarea membrului. In mâinile chirurgilor abili, bandagiul gipsat va constitui procedarea normală, pe când toţi aceia cari nu cunosc deplin technica bandagiului gipsat (a estensiunii şi reducerei fracturilor), să aplice numai bandaje cu atele scrobite.

Aparatul cu atele, aplicat la locul de pansament, este numai un bandaj provizoriu pentru transport şi trebue înlocuit (la spitalele de campanie) prin bandajul gipsat sau cel cu extensiune.

3. Ori-ce bandaj fixător, fie de gips sau cu atele, trebue aplicat după reducerea fragmentelor, deci sub extensiune technică; de cele mai deseori aceasta nu se poate executa decât sub narcoză cloroformică.

4. Bandagiul gipsat trebue să ajungă de la degete până la ombilic şi să coprindă şi a doua articulaţiune coxo-femorală împreună cu întreaga coapsă sănătoasă.

5. Bandajul cu atele, trebue, ca şi cel gipsat, să se întindă de la degete până la arcurile costale. O atelă exterioară, de lemn, bine căptuşită, cam de un lat de mână lăţime, ajungând până la arcurile costale, formează baza bandajului, care se întăreşte prin atele de carton.

In cazuri excepţionale, pot face servicii în privinţa transportului, unele din procedeele de aşezare şi anume—poziţiunea laterală a lui Pott, sau planul deplin înclinat.

Transportul sau evacuarea:

Transportul sau evacuarea, făcute curând după rănire, mai ales cu imobilizare insuficientă, agravează mult prognosa, deci, când condiţiunile exterioare o permit, fracturile femorele trebuesc tratate 6—8 zile în spitalele de campanie; dacă nu se poate, atunci după imobilizare îngrijită, transportul pe cât posibil pe aceiaşi targă (pat). Relativ la limitarea transportului unor cazuri, şi la amputaţii, se aplică regulele de sub No. curent 21.

N. Tr. Faţă cu greutatea de a menţine o bună coaptare a fragmentelor femurului, mai ales în timpul şi din cauza transportului, sutura osoasă (prin unul din multele procedee) va aduce servicii însemnate. Rachianestesia va uşura atât transportul cât şi aplicarea bandagiului.

XXXI. Răniri prin armă de foc ale articulaţiei genuchiului

La locurile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. Tratamentul local de sub No. curent 5.

2. Imobilizarea articulaţiunei, la posturile de pansament, într'o uşoară flexiune şi cel mai nemerit printr'un bandagiu gipsat, bine

[illegible]

căptuşit, cuprinzând şi articulaţia coxo-femorală, sau—prin un bandagiu cu atele, ajungând până la arcurile costale şi întărit prin circuite cu feşi gipsate.

Transportul sau evacuarea:

Transportul şi evacuarea — ca la No. curent 5.

N. Tr. După cum am arătat la principiile generale, se va face sterilizarea posibilă, se va lăsa loc (fereastră) pentru inspecţiune, se va asigura scurgerea lichidelor, în caz de infecţie.

XXXII Răniri prin armă de foc ale oaselor gambei

La locurile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. Tratamentul primar—după principiile de sub No. curent 4.

2. Pentru fixarea membrului la locurile de pansament, procedarea normală este bandagiul gipsat. Bandagiul cu atele este permis numai în acele cazuri în cari prognosa este îndoioasă în privinţa mersului aseptic. Asemenea răniri trebuesc revizuite după 24 -- 48 ore, când, bandagiul cu atele trebue înlocuit cu cel gipsat—dacă demersul este aseptic.

3. La aplicarea bandagiului gipsat, trebuesc observate următoarele:

a) Să fie bine căptuşit;

b) Să ajungă până la jumătatea coapsei;

c) Coaptarea fragmentelor adesea nu se poate face de cât în narcosă;

d) poziţiunea piciorului către gambă trebue să fie în unghiu drept;

e) Nu trebue să se producă nici o răsucire a fragmentului inferior în jurul axei sale longitudinale. Degetul mare, mijlocul rotulei şi spina iliacă antero-superioară, trebue să fie p'o linie dreaptă. Poziţiunea recurbată a gambei trebue evitată.

4. Pentru cazurile cari necesită tratamentul cu atele, se recomandă atela lui Volkmann.

Transportul sau evacuarea:

Transportul şi evacuarea—ca sub No. curent 21.

N. Tr. Aci, ca şi în cazurile de sub No. 28, aplicarea bandagelor se poate face sub rachi-anestesie, sau transport cu simplu pansament când acesta nu necesită un timp mai lung ca 2 ore, şi apoi bandagiu. Sutura sau circuitul etc. poate deveni necesară une-ori (ca şi în cazurile precedente).

XXXIII. Răniri prin armă de foc ale articulației tibio-tarsiene

La locurile de pansament și în spitalele de campanie:

1. Tratamentul primar, după principiile de sub No. curent 5.

2. Fixarea articulațiunei la locurile de pansament, fie pe o atelă Volkmann, sau într'un bandagiu gipsat foarte bine căptușit, care trece peste genunche și imobilizează articulația tibio-tarsiană într'o pozițiune medie (între pronațiune și supinațiune). Pentru controlul bandagiului, degetele rămân libere.

Transportul sau evacuarea:

Transportul și evacuarea—ca sub No. curent 5.

XXXIV. Răniri prin armă de foc ale piciorului

La locurile de pansament:

1. Plăgile părților moi se tratează după principiile generale. Cu toată infecțiunea ce apare dese-ori, tratamentul conservator dă bune rezultate.

2. Piciorul se imobilisează într'o pozițiune ca pentru articulația tibio-tarsiană—pe o atelă Volkmann, sau prin atele de carton, sau prin bandagiu gipsat.

3. La emoragii din vasele principale ale piciorului, nu se face tamponada, ci legătura vasului sângerând la locul de necesitate.

Transportul sau evacuarea:

Transportul și evacuarea permise.

Observație. — La toate rănirile tibio-tarsiane și ale piciorului—injecțiune profilactică cu anti-toxină.

N. Tr. Aci, ca și la No. 31, ca și la No. 24, și după principiile generale.

XXXV. Glonte oprit în țesuturi

A. *La locurile de pansament:*

Din principiu, nici o extragere de proectile.

In spitalele de campanie:

Extragere excepțională a proiectilelor — când se produc simptome supărătoare sau amenințătoare, și când intervenirea chirurgicală poate fi cruțătoare și simplă.

XXXVI. Răniri prin arme albe

La locurile de pansament şi în spitalele de campanie:

1. In plăgi tăiate sau înţepate, se va face (la locurile de pansament) numai emostasă exactă şi ocluziune. Mai târziu, sutura secundară a plăgii.

2. In toate cele-l'alte privinţe se va proceda după aceleaşi principii ca la rănirile prin arme de foc.

Transportul sau evacuarea:

Transportul şi evacuarea depind de felul şi gradul rănirii. In această privinţă se va urma ca la rănirile prin arme de foc ale diverselor regiuni.

LUNA MEDICALĂ

Societăţi savante Streine

SOCIETATEA DE PSIHIATRIE DIN PARIS

Şedinţa din 16 Decembrie 1909

MARCHAND et PETIT. — **Paralysie générale precoce ayant débuté deux ans après l'accident primitf syphilitique.** Cazul acesta studiat nu numai cliniceşte dar şi din punct de vedere anatomo-patologic macro şi microscopic pare a fi printre cazurile cunoscute, acela în care meningo—encefalita interstiţială a urmat mai de timpuriu infecţiunei specifice.

LAIGNEL LAVASTINE et FAY. — **Mort subite par hémorragie surrénale au cours de la paralysie générale.** In cazul acesta hemoragia pare a putea fi în legătură cu vazodilataţia constatată în ambele capsule ca şi în alte organe Vigouroux şi Callet au observat un caz analog. Hemoragia în suprarenale a fost văzută în cazuri de alteraţiuni cerebrale variate.

G. MAILLARD. — **Valeur séméiologique des troubles du réflexe rotulien et du réflexe cutané plantaire chez les dements précoces. Une modalité particulirère du réflexe rotulien dans la demence precoce hébéfrenocatatonique.** Coexistenţa aboliţiunei reflexului plantar cu exagerarea celui rotulian, se observa în 70 cazuri la % în demenţa precoce şi numai în 15 % în alte psihoze.

In plus autorul a văzut adese-ori la demenţii precoci hebefrenocatatonici ca gamba ce se extinde prin contracţiunea reflexă a quadricepsului, în urma percuţiunei tendonului rotulian, nu revine la starea de mai înainte rămânând în extenzie fapt ce pare a fi în raport cu sugestibilitatea mare a acestor bolnavi.

DENY et LOGRE. — **Melancolie anxieuse et obsessions hallucinatoires.** Bolnava se prezenta mai întâi ca o melancolică tipică, în urmă ca o obsedată nu mai puţin caracteristică. Atât în prima fază cât şi în ultima, sindromul obsesiunei şi al melancoliei şi împrumutase reciproc unele caractere. In fine aceiaş idee delirantă melancolică e mai întâi admisă fără discuţie, în urmă pusă la îndoială şi în fine combătută cu anxietate. Aceste fapte probează că la această bolnavă cele 2 sindrome aveau relaţiunile cele mai strânse.

Séglas recunoaşte faptele admise de Deny dar face rezerve asupra raporturilor nozologice dintre obsesiuni şi psihoza maniaco-depresivă. Ballet admite din contra că unele cazuri de obsesiuni intră în grupul psihozelor periodice.

C. PARHON

SOCIETATEA CLINICĂ DE MEDICINA MENTALA

Şedinţa din 15 Noembrie, Presidenţa lui Magnan

VIGOUROUX. — **Un cas de tabes spasmodique familial.** Un bolnav de 30 ani la care de la 15 ani s'a desvoltat o paraplegie spasmodică. Nu prezintă turburări a sensibilităţi subiective sau obiective. In hereditate găsim consanguinitate şi paraplegii.

LEROY. — **Sécrétion lactée permanente depuis la puberté chez une jeune maniaque.** O fată de 23 ani care intră în azil pentru un acces de manie şi care prezintă o secreţie lactată de la vrâsta de 10 ani. Este o israelită, al cărui tată a avut turburări intelectuale trecătoare, iar mama este o mare isterică.

Sânurile sunt bine conformate, iar cantitatea de lapte în totdeauna bine apreçiabilă, variază puţin, este însă mai abondentă în timpul menstruaţiei. Laptele, absolut comparabil celui normal, se poate culege în cantitate de o lingurinţă la fiecare sân. Epocele catameniale survin regulat şi nu găsim nici o anomalie genitală.

PACTET. — **Paralysie générale juvénile.** Un băiat de 19 ani, la care se constată sindromul paralitic cu fenomene de paraplegie spasmodică, şi cari fenomene au început la 11 ani. Puncţia lombară a fost însă negativă.

TRÉNEL. — **Descendance des paralytiques généraux.** Presintă o mamă cu demenţă paralitică şi pe fiica sa. Fata are obsesiunea sinuciderei de la pubertate. Ar fi avut trei atacuri convulsive; are halucinaţiuni auditive şi idei mistice.

In discuţie Pactet, Marie şi Vigouroux susţin asemenea că descendenţa paraliticilor generali e adesea încărcată.

MARIE et DAVIDENKOW. — **Six cas d'éncéphalite traumatique.** Prezinta piesele de la 6 pacienţi, sucombaţi cu encefalită traumatică şi insista asupra traumalismului iniţial ca o cauză evidentă de vulnerabilitate cerebrală, în particular pentru paralisia generală, cum şi pentru demenţa senilă sau precoce. C. I. URECHEA

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARS

Şedinţa din 6 Ianuar 1910, preşedenţia lui Souques

1. MAX EGGER. — **Le rôle du faisceau sensitif dans le mécanisme de la reconnaissance des objets.** La grupul de agnosii şi asimbolii convine să opunem o altă serie de bolnavi, cari cu toate că prezintă turburări sensitive însemnate, sunt totuşi capabile să recunoască obiectele. Lesiunea în aceste casuri ar avea o localizare mai periferică. Casurile de acest fel se întâlnesc mai frecuent în tabes.

Facultatea gnosică n'are nevoe de concursul tuturor fibrelor perceptive

O lesiune atingând fasciculul sensitiv în traectul său central are o repercuţie cu mult mai nefastă pe mecanismul gnosic de cât una medulară. In aceste cazuri ar putea fi vorba de o turburare asociativă.

2. F. de LAPERSONNE et A. CANTONNET. — **Hémianopsie homonyme latérale par tumeur hypophisaire sans acromégalie.** Un tânăr ce presintă de doi ani o tumoră hipofisară şi care presintă o talie mică, mână groasă şi scurtă, frigiditate genitală, ipertrofie a sinurilor, polipnee, bradicardie, lărgirea sinurilor frontale. Nu presintă acromegalie, dar avea o hemianopsie bitemporală ; Autorii amintesc că această varietate de hemianopsie se mai găseşte şi în mixosdem.

3. CHAVIGNY. — **Tics toniques.** Un recrut ce ţinea umărul stâng in sus iar cel drept era cu 10 cm. mai jos. Toate mişcările erau libere şi pacientul îşi putea îndrepta infirmitatea când voia. Autorul crede că e vorba de un tic tonic al umărului.

4. BANDOIN et CHABROL. — **Sur un cas de paralysie faciale au cours d'une polynévrite.** Bolnavul atins de această boală era un specific, care nu presintă reacţia de degererescenţă în muşchi, şi care a beneficiat de tratamentul mercurial. După patru luni de tratament mercurial şi electroterapie este aproape vindecat. Unind cele 21 casuri cunoscute în ştiinţă. arată că afară de unul, restul s'a vindecat. In ce priveşte etiologia esită a încrimina sifilisul.

5. F. LÉVY. — **Syndrome bulbo protubérantiel et cérébeteux apparu après un traumatisme léger chez un sujet présentant la séroreaction de Wasserman.** Un laborant de droguerie în urma unui traumatism în regiunea temporo-parietală stângă face numeroase turburări nervoase. Ast-fel din partea căei cerebeloase, există o asinergie dreaptă, cu diadococinesie şi nistagmus orizontal spre stânga.

Calea piramidală îşi manifestă iritarea prin exagerarea reflexelor tendinoase drepte, trepidaţie. Semnele de flexiune combinată cu pronaţiunea. Calea sensitivă, prin turburări superficale cu disocaţie de tip. siringomielic.

Nervii cranieni III, VI, IX, X, XI sunt indemni. Probabil că leziunea ar fi în porţiunea dreaptă a istomului encefalic.

Cum proba lui Wasserman e positivă, se întreabă care ar fi rolul său aici.

M. ZOSIN (de Jassy). — **Un caz d'Achondroplasie.** Observaţia unui achondropolasie, cu care ocasie atrage atenţia asupra debilităţei mintale achondoplasice care se distinge mai cu seamă prin conservarea afectivităţei.

C. I. URECHIA

Reviste şi publicaţiuni străine

Fiziologie normală şi patologică

A. B. MARFAN. — **Etudes anatomiques sur les os rachitiques,** (1-er memoire) *(J. de physiol. et de path. générale,* 15 Iulie, 1909, No. 4). E un studiu amănunţit de toate leziunile rachitice, văzute cu ochiul liber sau cu lupa, de la cele dintâi faze, de abia perceptibile a maladiei, (autorul ne indică cum şi unde trebue să le căutăm pentru a le putea vedea) şi până la leziunile bine pronunţate.

Cu o competinţă specială, emiţând dese-ori păreri proprii, autorul trece în revistă toate leziunile osoase şi a măduvei osoase ale rachitismului, arătându-ne cât e de frecventă această maladie când este bine căutată.

In memoriul ce va urma, Marfan, îşi propune să facă studiul histologic al acestor leziuni.

LALU

A. B. MARFAN et A. BAUDOIN. — **Etudes anatomiques sur les os rachitiques** (2-ème et 3-ème mémoires) **Les lésions microscopiques des os rachitiques à la periode initiale et à la période d'etat.** *(J. de phys. et de path. générale,* 15 Sept., 1909, No. 5). Leziunile microscopice iniţiale, observate la extremitatea anterioară a coastelor (loc de predilecţie pentru acest studiu) constau într'o proliferare anormală şi aberantă a elementelor celulare; într'o proliferare anormală, dar mai puţin intensă, a tramei fibroase al meduvei osoase, în înmulţirea celulelor cartilaginoase (mai ales în zona ipertrofică) în o vascularizare anormală, în constatarea de mici infractusuri de hematii ne-nucleate în măduvă şi cartilage şi în fine în întârzierea osificaţiunei în zona cartilaginoasă şi apariţiunea unui ţesut osteoïd, lipsit de calciu şi având celule anormale.

Aceleaşi alteraţiuni mai pronunţate se observă în perioada de rachitizm confirmat. Proliferarea tramei fibroide a măduvei osoase face ca aceasta să se substitue în diverse puncte ale măduvei celulare. Ţesutul osteoid cu caracterele descrise, în lipsă de un ţesut osos adevărat, formează un ţesut spongoid, care prin proliferarea neregulată a celulelor cartilaginoase, prin disociarea măduvei fibroide, al ţesutului osteoid şi chondroid, formează un amestec de ţesuturi cari ocupă locul stratului chondro-calcar si al stratului de osificaţie normal.

Autorii insistă asupra particularităţilor ce pot prezenta aceste leziuni şi diferenţelor ce se pot observa la oasele rachitice ale aceluiaşi individ. Unele oase pot avea alături de leziuni confirmate, puncte de aparenţă cu totul normale. De asemenea oasele lungi rachitice, pe lângă lărgirea canalui diafizar şi dispariţiunea vesiculelor de grăsime al măduvei osease, mai au o lamelizare şi o mărire a canalelor lui Havers, etc. Lucrarea aceasta e cât se poate de completă şi trebueşte consultată.

Autorii au avut ocaziunea rară de a studia şi un caz pe cale de vindecare, care se face în modul următor: ţesutul osteoid se recalcifică, măduva fibroidă se infiltră de celule medulare, osteoblastele emit prelungiri care se anastomozează între ele, iar substanţa care se află împrejurul lor, se calcifiază. In loc de ţesutul osteoid apare un ţesut osos.

LALU

C. FLEIG. — **A propos des eaux minérales serums artificiels.** *(J. de phys. et de path. générale,* 15 Iulie, 1909, Nn. 4). Cere prioritatea pe toată linia asupra lucrărilor făcute de Billard și Ferreyrolles și publicate în „Journal de Phys. et Path. générale", 15 Mai, 1909, No. 3. (Vezi analiza lucrărei în această revistă).

LALU

CH. LESIEUR et LUCIEN THÉVENOT. — **Le traitement antirabique dans la région lyonoise.** (*J. de phys. et de path. générale,* 15 Sept. 1909, No. 5). In serviciul antirabic al Institutului de bacteriologie din Lyon, în anul 1908, au urmat tratamentul un număr de 552 de persoane.

Dintre acestea 359 au fost mușcate de un animal turbat constatat prin mijloace clinice, necropsice sau experimentale, iar 193, de un animal numai suspect.

La 81 de bolnavi tratamentul a fost intensiv. In tot cursul acestui an, nu s'a înregistrat nici un caz mortal. LALU

G. BILLARD et P. FERREYROLLES.—**Les eaux minérales envisagées comme sérums artificiels.** *(J, de Physiol. et de Path. générale,* 15 Mai, 1909, No. 3). Isvorul Choussy-Perrière, a cărui temperatură e de 56⁰, are o mineralizare totală de 6 gr. 49 ⁰/₀₀. Apa de la isvorul Croizat are o mineralizare de 9 gr. 8 ⁰/₀₀ și o temperatură de 6⁰. Ambele aceste ape minerale de la stațiunea Bourboule, cari conțin aproape 0,2 ⁰/₀₀ de arseniat de sodiu, au fost experimentate de autori, așa cum se găsesc fără nici o precauțiune de sterilizare prealabilă, fără a fi readuse la acelaș titlu isotonic și injectate pe cale intra-venoasă și sub-cutanată la diferite animale, obținând o diureză abundentă, o recăpătare rapidă de forțe după hemoragii experimentale, fără a observa accidente toxice, chiar injectându-le în cantități mari.

Injecțiuni hypodermice de 50 — 100 c. c. de aceste ape — la adult, de 5 — 10 c. c. la copii, făcute în regiunea fesieră, au dat autorilor rezultate terapeutice foarte satisfăcătoare.

Autorii consideră aceste ape de Bourboule, ca analoage serurilor artificiale, cu avantagiul că conțin în plus, arsenic, sub formă colloïdală. Ar putea deci fi considerate ca seruri medicamentoase arsenicale, având după acești autori toate proprietățile terapeutice la ordinea zilei: ionizante, colloïdale, radioactive. LALU

H. ROGER. — **Les produits de dégradations des albumines. Leur toxicité.** *(J. de Physiol. et de Path. générale,* 15 Mai 1909, No. 3). Se știe că digestiunea materiilor albuminoide e împinsă grație sucului pancreatic și mai ales al trepsinei, dincolo de faza de peptone. Peptonele abiuretice și acizii aminați sunt ultimii termeni cunoscuți astăzi ai digestiunei albuminodelor.

Peptonele propriu zise, sunt foarte toxice pentru organism. In injecții intravenoase, ele provoc o diminuare a presiunei arteriale și determină moartea imediat ce injectăm o cantitate mai mare. Peptonele conținând albumoze fac sângele să fie incoagulabil.

Era un paradox când se admitea prin urmare, că asimilarea albuminelor se face sub formă de peptone — substanțe atât de toxice — cări trecând odată prin peretele intestinal s'ar transforma din nou în Albumine.

Prof. Roger arată în experienţele sale cât sunt de puţin toxice, productele aceste ultime a digestiunei artificiale al unei materii albuminoide. De alt-fel se ştie că Abderhalden şi alţi autori au arătat că acizii aminaţi sunt capabili de a asigura o nutriţiune normală şi pot prin urmare înlocui albumina din alimentaţie.

LALU

H. BUSQUET et V. PACHON.—**Le calcium, condition chimique nécéssaire de l'inhibition cardiaque.** *(Journal do physiol. çt de path. générale,* 15 Sept., 1909, No. 5). In două importante memorii publicate în acelaşi număr al jurnalului de fiziologie şi patologie generală, autorii arată influenţa specifică a sărurilor de calce asupra aparatului moderator cardiac. Pneumogastricul îşi pierde acţiunea sa de inhibiţie, imediat ce sărurile, sau mai bine zis, ioni de calce lipsesc din endocard. Fie că aceşti ioni sunt sustraşi cordului prin splălare (simple irigaţiuni cu apă fiziologică NaCc 6 $^{0}/_{00}$) fie că sunt imobilizaţi prin o combinaţiune chimică insolubilă în sânge, cum fac fluorura, carbonatul oxalatul, şi mai ales citratul de Na, care joacă rolul unui decalcifiant atât de puternic, în cât alterează chiar funcţionarea cordului. Imediat însă, ce se redă cordului ionii de calce necesari (pentru broască, între 0 gr. 025 şi 0 gr. 05 de $Na\,Cl^{2}$ la $^{0}/_{00}$) pneumogastricul îşi recapătă acţiunea sa de inhibiţie.

Sărurile de Na, a căror săruri corespondente de Ca sunt solubile în sânge ca: clorura, iodura, bromura, azotatul, cloratul, sulfatul, bicarbonatul, fosfatul şi acetatul de Na în soluţiuni convenabile, injectate în *ciclu închis* (pentru a nu sustrage ioni de calce) nu împedică acţiunea inhibitorie a acestui nerv.

Experienţe ingenioase şi foarte bine conduse — lucrarea conţine multe detaile interesante — arată în mod necontestabil influenţa specifică al acestor ioni şi pune în evidenţă faptul următor: că precum funcţiunile organismului necesită un echilibru fizico-chimic încontinuu între albuminele fixe şi cele solubile, între hidraţi de carbon de rezervă şi cei solubili, tot aşa se găsesc şi sărurile minerale, unele sunt solubile, imediat utilizabile, altele în stare de rezervă. O irigaţie simplă a cordului cu apă fiziologică ia ioni de calce utilizabili, acţiunea inhibitrică a vagului dispare; încetând irigaţia, cordul revine la starea lui primitivă, după cât-va timp însă acţiunea vagului reapare, căci o parte din serurile de calce fixe s'au transformat în săruri labile cu ioni utilizabili.

Importanţa acestei lucrări reese din faptul, că pune în evidenţă odată mai mult prezenţa indispensabilă a sărurilor, arătând rolul considerabil ce 'l au mineralele în organizm, fie ele în cantităţi infinit de mici.

LALU

H. ROGER et M. GARNIER. — **Sur la passage de quelques ferments intestinaux dans le peritoine.** *(J. de physiol. et de path. générale,* 15 Sept., 1909, No. 5). Analize precise în urma injecţiunilor intra-peritoneale de sacharoză, arată că o parte din ea e transformată în glucoză. Invertina deci poate străbate pereţii intestinali. Faptul acesta e confirmat prin experienţe făcute cu anse intestinale puse direct în o soluţie de sacharoză. Trecerea invertinei prin pereţii intestinali, s'ar face fără ajutorul sistemului nervos, căci acelaş fenomen se observa cu anse intestinale extirpate de la animal.

Amigdalina, injectată pe cale venoasă e aproape inofensivă, ingerate însă se dedublează sub influenţa emulsinei în acid cianhidric şi devine imediat toxică. Or acelaş fenomen se observă dacă se fac injecţiuni intra-peritoneale de amigdalină. O parte din emulsină a străbătut deci pereţii intestinali. Dat fiind că influenţa sistemului nervos poate fi exclusă (experienţe în vitro) autorii conchid că există un fel de chimio-taxie pozitivă care face ca unii fermenţi să fie deviaţi de la calea lor fiziologică şi atraşi prin pereţii intestinali.

LALU

I. E. FLORENCE et P. CLÉMENT. — **Glycosurie et levulosurie alimentaires chez l'epileptique.** *(J. de phys. et path. générale*, 15 Sept. No. 15). Vezi analiza din No. 3 al revistei.

LALU

J. E. ABELOUS et E. BARDIER. — **L'urohypotensine.** *(J. de phys. et de path. générale*, 15 Septembrie, 1909, No. 5). Vezi analiza acestei lăcrări în acelaşi No. al Revistei.

LALU

L. CAMUS. — **Des variations de l'activité antivirulente des humeurs et de l'immunité des tiffus chez les animaux vaccines.** *(Journal de physiol. et de path. générale*, 15 Iulie 1904). E lucrarea în detail a notei prezentate la Academia de ştiinţe. (Vezi analize în această revistă No. 2 *C. R. A. S.* 21 Iunie, 1909, No. 25.

LALU

MAURICE NICLOUX. — **Sur le sort du cloroforme dans l'organism.** *(J. de physiol. et de path. générale*, 15 Iulie, 1904, No. 4). Din numeroasele experienţe şi dozagiile precise, făcute de autor, rezultă că aproape tatalitatea cloroformului fixat de ţesuturile unui iepure, în timpul anesteziei, se elimină ca atare. O mică parte numai se descompune în mediurile alcaline din organism, dând loc probabil la o saponificare cu producţiune de oxid de carbon. Descompunerea aceasta parţială pare mult mai importantă la câine.

LALU

M-me MARIE PHISALIX. — **Immunité naturelle des vipères et des couleuvres contre les venins des batraciens et en particulier contre la Salamandrine.** *(J. dé phisiol. et de path. générale*, 15 Sept., 1909, No. 5). Vezi analiza făcută în această revistă No. 11. Nota de la Ac. de Ştiinţe din 28 Iunie 1909.

LALU

NOEL FIESSINGER et PIERRE-LOUIS MARIE. — **Le ferment protéolytique des leucocites. Aplications a la physiologie générale.** *(J. de phys. et de path. générale*, 15 Iulie şi 15 Sept., 1905, No. 4 şi 5). Acest ferment izolat din polinucleare cu sau fără autoliză prealabilă, (precipitare prin alcool, solvit in glicerină diluată, reprecipitat repede în alcool şi cules prin centrifugaţie după mai multe lavage in alcool) are o acţiune analogă cu tripsina şi cu fermentul peptic, transformând albuminele în peptone şi acizi amidaţi. Acţiunea lui are loc de preferinţă în mediu uşor alcalin, dar acidul acetic 5% nu împedică acţiunea lui ci numai o încetineşte. Acest ferment e distrus la o temperatură de 75 — 80°, e foarte rezistent la formol şi când se găseşte în abondenţă întârzie coagularea sângelui. După aceşti autori, fermentul proteolitic ar avea un rol în digestiunea norrnală, fără însă a-i putea delimita rolul lui exact în această privinţă.

In schimb în al 2-lea memoriu intitulat: „aplications à la Pathologie générale“, autorii arată importanţa ce acest ferment ar avea, în evoluţia abceselor calde, favorizând fluiditatea puroiului şi mărind reacţiunea inflamatorie. Absenţa lui din abcesele tuberculoase neinfectate, ar explica pe de altă parte evoluţiunea torpidă şi indoloră a acestor abcese.

Resorpţiunea colecţiunelor sanguine — subcutanate sau seroase — s'ar face graţie tot acestui ferment. Autorii cred de asemenea că aşa zisa febră aseptică de resorpţie, că crizele din perioada precritică a pneumoniei, că temperatura observată în unele leucemii, tratate sau nu prin radioterapie, precum şi prezenţa peptonelor în urină, ar fi datorite acestui ferment proteolitic.

LALU

N. FLORESCO. — **Sur quelques reflexes chez les animaux (nouveaux réflexes).** (*J. de phys. et de path. générale*, 15 Sept., 1900, No. 5). Autorul descrie 2 reflexe noi pe cari le studiază cu multă atenţie. Reflexul naso-palpebral (analog cu reflexul labio-mentonier studiat de Dastre) excitaţiuni mecanice ale aripei nasului, determină contracţiuni ale pleoapelor la ochiul corespondent sau dacă excitaţiunile sunt făcute pe linia mediană (rafeul nasului) ele provoc oclusiuni palpebrale bilaterale. Al doilea reflex (un reflex medular) numit de grataj (scărpinat), studiat la câine, cal, pisică şi broască; excitaţiuni mecanice cutanate din vecinătatea apendicelui xyphoïd (calea centripetă) determină contracţiuni ale piciorului posterior (calea centrifugă).

Aceste reflexe sunt reflexe de apărare. Reflexul de grataj se observă mai întâi. In schimb însă, reflexul naso-palpebral ca şi reflexul labio-mentonier al lui Dastre, dispare foarte cu greu la animalele anesteziate, odată cu aceasta din urmă sau mai târziu, şi persistă deci în tot-deauna mai mult ca reflexul cornean.

LALU

P. NOBECOURT. — **Recherches sur l'action du blanc d'oeuf de poule cru introduit dans la tube digestif du lapin.** (*J. de phys. et de path. générale*, 15 Sept., 1909, No. 5). Independent de toxicitatea proprie al ovalbuminei pentru epuri, autorul a obţinut adevărate stări de anafilaxie la aceste animale, întroducându-le la anumite intervale de timp, fie pe cale gastrică, fie pe cale rectală, oare-cari cantităţi de albuş de ou crud.

E o lucrare care poate nu interesează direct pe medici, dar importanţa ei nu poate fi contestată prin faptul că ne dă o tentativă de explicaţie a unor fenomene de intoleranţă observate pentru unele albumini Intoleranţa unor copii pentru lapte, ar putea fi atribuită tot unei stări anafilactice.

LALU

R. LEPINE et BOULARD. — **Sur l'utilité du dosage du sucre total du sang.** (*J. de physiol. et de path. générale*, 15 Iulie, 1909, No. 4). Pe lângă zahărul dozabil imediat, se mai află în sânge un zahăr combinat — ceea-ce numesc autorii zahăr virtual — care în această stare nu e redus de liq. lui Fehling, nu fermentează şi nici nu deviază lumina polorizată.

Acest zahăr nu poate fi scos din combinaţiunile sale multiple şi pus în evidenţă, de cât hydrolizându-l prin ajutorul acidului fluorhydric. Procedeu delicat care cere multă experienţă şi abilitate din partea experimentatorilor. Cu toate acestea dozarea zahărului virtual, împreună cu acea a zahărului liber din sânge (zahăr total) poate avea o importanţă deosebită. Diferenţe cari există în plus între zahărul sângelui arterial şi cel venos, e mult mai bine pusă în evidenţă în chipul acesta. Diferenţa aceasta există chiar la animalele cari nu sunt în inaniţie. Autorii o atribue faptului următor: sângele trecând prin capilare pierde oare-care cantitate tocmai de acest zahăr virtual.

LALU

W. MESTREZAT. — **Contributions à l'etude chimique du liquide cephalo-rachidien.** (*J. de physiol. et de Path. générale*, 15 Mai, 1909, No. 3). E o analiză chimică completă şi bine făcută a lichidului cefalo-rachidian, cules de la un hydro-cefal, sucombat în urma unui gliom al cerebelulului. Partea interesantă a acestei lucrări constă nu numai în determinarea precisă a glucozei, dar încă în punerea în evidenţă al unei alte substanţe (din nenorocire nedefinită chimiceşte de autor) precipitată prin azotatul mercuric şi care are şi dânsa proprietatea de a reduce licuarea lui Fehling. Prezenţa acestei substanţe precum şi fenomenele de glycoliză constatate, explică divergințele dintre autori; unii admiţând iar alţii negând prezenţa glucozei în lichidul cefalo-rachidian.

LALU

Neurologie şi psihatrie

G. D. ABUNDO.— **Sclerosi multipla familiare infantile.** (*Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, Vol. III, fasc. I. Observaţiunea a trei copii (2 fraţi şi sora lor) atinşi câte şi trei de un sindrom, constând mai ales în tremărături în mişcările intenţionate, nistagmus, deficit intelectual.

Boala a debutat în câte şi trele cazuri, în urma unor stări infecţioase, (pneumonie într'un caz, turburări gastro-intestinale în celelalte 2, aparente de alt-fel pentru fie-care caz într'un timp deosebit.

E de notat că părinţii erau consanguini veri primari.

Acestui factor unit cu cel infecţios, se datoresc fenomenele patologice observate de autor (cel puţin după opiniunea sa) şi pe cari le pune pe contul sclerozei în plăci.

E ştiut pe de altă parte că aceasta din urmă e rară la copii şi unii autori contestă chiar existenţa la această vârstă.

C. PARHON

P. LEJONNE et J. SHERMITTE. — **Atrophie olivo-rubra-cérébelleuse.** (*Novelle Iconographie de la Salpetriere* No. 6, 1909). Observaţiune ce din punctul de vedere clinic lasă mult de dorit (independent de voinţa autorilor). Anatomiceşte se constată o atrofiie simetrică a olivelor bulbare şi a fibrelor cerebelo-olivare, (mai exact olivo-cerebeloase). De asemenea există dispariţia simetrică şi generalizată a celulelor lui Purkinje şi a unui număr de celule din stratul grăunţelor în care nevroglia e proliferată.

Substanţa albă a cerebelului e redusă de volum.

Mai există o atrofie a nucleilor dinţaţi cu dispariţie aproape completă a pedonculilor cerebeloşi superiori până la nucleii roşii cari sunt aproape normali.

Ceilalţi nuclei din cerebel sunt conservaţi.

Autorii clasează acest tip printre atrofiile cerebeloase primitive alături de atrofia olivo-ponto-cerebeloasă a lui Dejerine şi Thomas.

Denumirea de atrofie olivo-rubro-cerebeloasă nu pare însă o alegere fericită lăsând să se înţeleagă că nucleul roşu participă la atrofie. (Nota referentului).

C. PARHON

GUILLAIN et LAROCHE. — **Astereognosie spasmodique juvénile.** (*Revue Neurologique*, No. 1, 1900). E vorba de un tânăr de 19, care cu un an mai înainte începu să simtă furnicături în extremităţi, urmate de imposibilitatea de a recunoaşte obiectele cu ajutorul palpaţiunei şi de a se servi de mâini fără concursul vedereai. Se notează că sensibilitatea tactilă e conservată, de şi totuşi cercurile lui Weber sunt mărite. Simţul atitudinelor şi sensibilitatea osoasă sunt alterate. Reflexele tendinoase sunt exagerate. Babinski bilateral. Se notează mişcări asociate. Nu există însă paralizii adevărate nici turburări oculare, psihice, etc.

Cauza rămânând pe terenul pur clinic, autorii propun pentru cazul lor numele de „astereognozie spasmodică juvenilă“.

C PARHON

LEON VONTRES. — **Sur l'agnosie tactile.** (*Thèse de Paris*, No. 413, 21 juilet, 1909) [după Revue Neurologique, No. 2, p. 69, 1910]. Autorul cuprinde sub acest nume diferitele turburări ale identificaţiunei tactile variând de la nerecunoaşterea completă a unui obiect ţinut în mână, până la simpla întârziere a unei identificaţiuni.

Acest simptom e condiţionat — după autor — tot-deauna de o turburare de sensibilitate, leziunea putând fi periferică, radiculară, centrală sau corticală.

Numai 2 excepţiuni par a exista la această regulă şi autorul crede a le putea elimina din cadrul agnoziilor. Prima e lipsa de identificare ce se observă în emiplegia infantilă prin lipsa de educaţie a membrului. A doua e agnozia sugerată sau simulată în cursul isteriei

C. PARHON

I. ROUX (de St. Etienne). — **Hémiplégie oculaire double. Abolition de tous les mouvements volontaires avec conservation des mouvements sensorio-réflexes.** (*Revue Neurologique*, No. 2, 1910). Observaţiunea unui bolnav atins de paralizie pseudo-bulbară, prezentând pe lângă fenomenele cunoscute o paralizie bilaterală a mişcărilor voluntare ale globilor oculari, cu conservarea mişcărilor reflexe şi automatice.

Cazurile de felul acesta sunt rare, sau cel puţin n'au fost căutate şi studiate în de ajuns.

Autorul admite în acest caz o disociaţiune a diferitelor feluri ale mişcărilor oculare, datorită unei duble leziuni ce ar interesa centrii motori oculari situaţi după d-sa în piciorul frontalei a 2-a, sau fibrele ce emană din aceşti centrii. Din contră, centrii pentru mişcările automatice şi reflexe, situaţi în vecinătatea zonei vizuale, ar fi coservaţi în acest caz.

C. PARHON

G. BELLISARI. — **Sull'azione sedativa delle iniezioni intrarachidee di solfato di magnesio nella cura dei gravi stati di agitazione psihopatica.** (*Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia,* vol. III, fasc. 1, 1910). Efectele injecţiunilor (1 — 3 c. c. dintr'o soluţie de 20 — 30 %) intrarachidiene sunt de trei feluri. Primele. *fenomene de reacţiune,* constă în cefalalgie, vărsături, ipertermie, tachipnee, rachialgie. Ţin 24 — 48 ore.

Efectele terapeutice imediate apar după câte-va minute sau câte-va ore după injecţie, constau într'un somn profund ce durează toată noaptea. Une-ori însă acest efect poate lipsi.

Efectele terapeutice tardive sunt mai puţin constante, dar în anumite cazuri sunt foarte însemnate şi superioare altor tratamente.

E de remarcat că sulfatul de magneziu persistă mai multe zile în lichidul cefalo-rachidian, după cum o demonstrează examenul chimic al lichidului extern printr'o nouă puncţie lombară. Aşa se explică şi efectele sale terapeutice tardive.

C. PARHON

MARINESCO et GOLDSTEIN. — **Deux cas d'hydrocephalie avec adipose généralisée.** (*Novelle Iconographie de la Salpetriere,* No. 6, 1909). Descripţiunea amănunţită anatomo-clinică a două cazuri de hidrocefalie cu adipoză generalizată. In ambele cazuri existau alteraţiuni multiple ale glandelor endocrine. Ast-fel în primul caz, ipofiza era formată în special de celulele acidofile în diferite stadii de evoluţie. Testiculele prezentau o scleroză interstiţială. Totuşi celulele diastematice erau abondente şi bogate în lipoide. Acestea erau din contră slab reprezentate în corticala suprarenalei. Ficatul prezenta un oare-care grad de infiltraţie grăsoasă. Corpul tiroid conţinea mai mult foliculi mici.

In al doilea caz corpul tiroid era mic, necântărind de cât 11 gr. De asemenea suprarenalele erau mici şi substanţa medulară redusă. Ovarul format din foliculi mici, cei mai mulţi în cale de involuţie.

Din discuţia acestor cazuri şi a celor analoge, publicate de alţi observatori autorii admit că adipoza în aceste cazuri e de natură ipofizară fără să se poată pronunţa dacă e vorba de iper — sau de ipofuncţiune.

C. PARHON

G. MARINESCO. — **Architectonie et structure générale de l'écorce cérébrale.** (*Arch. de Neurologie,* No. 1, 1910). Autorul expune cercetările de până acum în aceste chestiuni (Schlapp, Cajal, Campbell, Brodmann, Vogt), cari stabilesc că diversele zone cerebrale diferă mai mult sau mai puţin prin structura lor.

Din propriile sale observaţini ca şi din acelea ale lui Vogt şi Brodmann dispoziţia în 6 straturi e tipul architectonic fundamental la mamifere, din cari derivă celelalte variaţiuni ale scoarţei. E însă de remarcat că nu toate celulele unui strat au aceiaşi funcţiune.

Autorul observă că modul reacţiunei celulelor diverselor straturi va contribui la stabilirea valoarei lor şi va permite o clasificare definitivă.

C. PARHON

NOICA et DUMITRESCO. — **Sur le relachement des muscles dans l'hémeplegie organique.** (*Revue Nerrologique,* No. 2, 1910). Babinski a susţinut că în unele cazuri de hemeplegie organică chiar din cele ce datează de mai multe luni şi la cari găsim reflexele exagerate, flexiunea pasivă a antebraţului pe braţ e mai mare de cât în partea normală ceea-ce ţine după el starea de ipotonie a muschilor.

Autorii observă că această explicaţie nu se poate admite pentru muschii în contractură, căci aceasta ar veni la a zice că aceşti muşchi sunt în acelaş timp în iper şi în ipotonie.

Reluând studiul chestiunei găsesc 2 grupe de fapte; 1. Cazuri în cari unghiul antebraţului pe braţ e mai mic ca în starea normală; 2. Cazuri în cari unghiul e mai mare.

Analizând din punct de vedere simptomatic aceste fapte admit concluziunile următoare:

In cazurile de hemiplegie cu reflexele tendinoase exagerate şi cu un oare-care grad de contractură, când unghiul antebraţului pe braţ e mai mic, aceasta nu e din cauza ipotoniei muşchilor ci din cauza leziunilor musculare profunde.

Aceste leziuni implică o contractură slabă şi chiar nulă din partea tricepsului.

Din contră când unghiul e mai mare, e din cauza unei leziuni mai puţin profundă a muşchilor, ceea-ce implică, când gradul iperexcitabilităţei e tot aşa de mare că în cazul precedent, o contractură mai mare a tuturor muşchilor, inclusiv tricepsul.

C. PARHON

DANLOS, APERT et FLAUDIN. — **Micromélie congénitale limitée aux deux humérus.** (*Icon. de la Solpêtrière* No. 6 1909). Observaţia unui individ ce presenta ambele braţe foarte scurte în raport cu cele-lalte segmente a membrului, amintind de rarele casuri publicate, semnalează dispoziţia metamerică în unele casuri, aşa că în acelaş timp era interesat sternul, coastele, omoplatul cum în aceste casuri radiografia nu arată aceleaşi lesiuni osoase ca în achondroplasie, autorul propune a se înlocui termenul de achondroplasie parţială, cu acela de micromelie parţială.

C. I. URECHIA

A. P. DUSTIN et VAN LIPT. — **Un cas de gliome bulbo protubérantiel.** (*Nouvelle Iconogofie de la Salpehière* No. 6, 1909). Ne dau observaţia unui copil de cinci ani, care începe prin a prezenta un strabism intern şi contractură a membrelor stângi, iar mai în urmă apare un complex de simptome ce inpuneau diagnosticul de tumoare bulbară, sau bulbo-protubenanţială stăngă sucombă cu fenomene bulbare după un an.

La necropsie s'a găsit un gliom bulbo-protuberanţial.

Autorii insistă asupra lipsei semnelor generale ale tumorilor craniene ca: stasă papilară, cafalee, etc şi asupra toleranţei extra-ordinare a unui centru aşa de sensibil faţă de o tumoră aşa de voluminoasă.

C. I. URECHIA

P. ALESSANDRINI. — **Les atrophies musculaires tardives consécutives à la paralysie spinale infantile.** (*Nouv Icon. de la Salpêtrière,* No. 6, 1909). Ne dau observaţia unui pacient atins în copilărie de o poliomielită anterioară acută lombară, care a produs de ambele părţi o paralisie a câtor-va muşchi anteriori a gambelor şi a piciorului, cu un picior în ghiară care i-a îngăduit să meargă. La 18 ani a început să se producă o atrofie asociată cu hernia muşchilor gambei şi a coapşei mai ales la dreapta, aşa că bolnavul se ţine cu greu în picioare. In urmă se desvoltă şi restul de simptome, cari constituesc atrofia musculară spinală a lui Aran-Duchenne.

Autorul aminteşte că aceste paralisări tardive sunt cunoscute şi semnalată întâia oară de Raymond, crede că nu e vorba de o coincidenţă ci de un raport causal, pe care şi l'ar explica prin o vulnerabilitate specială a măduvei care facilită localisările morbide. C. I. URECHIA

K. PETRÉU et L. EHRENBERG. (de Upsala). — **Études cliniques sur la Poliomyélite aigue.** (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière* No. 6, 1909). Un lung şi interesant articol în care autorii pun în evidenţa următoarele lucruri:

Cercetările anatomice făcute pe indivizii morţi în timpul fasei acute presenta două caractere remarcabile. Unul este întindera lesiunilor de a lungul întregei măduvi fără întercepere, lesiuni ce une-ori se întind şi la bulb, şi care merg descrescând pe măsură ce ne urcăm; altul este că coarnele anterioare sunt constant sediul preferat al înfilamaţiei.

Crede natural a se considera ca o formă specială aceia din care nucleii bulbului şi a protuberanţei sunt atinşi. Contrar lui Wichman cred că forma descendentă ar fi o formă specială.

Impreună cu Harbitz şi Scheel crede că reparatisarea infiamaţiei în toată măduva, de jos până sus fără întrerupere pledează în favoarea unei infecţii pe cale limpatică. Crede că e vorba de o maladie specifică, căci formele clinice şi leziunile anatomice sunt aceleaşi în totdeauna, iar examenul lichidului cefalo-rachidian arată exclusiv limfocitoză.

Leegand vorbind de o mare epidemie de polio-mielită în Norvegia o consideră asemenea ca o boală specifică. C. I. URECHIA

BERILLON. — **La timidité dans l'étiologie de l'alcoolisme.** (*Soc. d'Hynologie et de Psychologie*. De c. 909). Vorbeşte şi arată exemple de timizi sau chiar şi fobici cari pentru aşi învinge această afectivitate recurg la stimulante alcoolice şi în urmă ajung la alcoolism. In aceste cazuri timiditatea ar putea fi considerată ca factorul psichologic principal în etiologia alcoolismului. C. I. URECHIA

FRANKL-HOCHWART. — **Diagnostic des tumeurs de la glande pinéale.** (*Deut. Zeit. f. Nervenheil*), 37 B. 1909). Observaţia unui copil de cinci ani şi jumătate având talia şi aspectul unui copil de 9 ani, atins de strabism şi apoi de paralisie progresivă a muschilor oculari, dublă stasă papilară, dureri de cap violente incontinenţă de urină. Patru săptămâni înaintea morţei s'a observat o creştere cu totul anormală a penisului, cu erecţiuni, pilositate la muntele lui Venus şi la tibii. Vocea a devenit gravă, iar moartea a survenit printr'o scarlatină intercurentă.

La necropsie s'a găsit o tumoră a glandei pineale, la secţiunea căreia s'a găsit un teratom.

Autorul mai citează cazuri analoage a lui Ogle, Gutzech, etc., şi spune că atunci când găsim semnele unei tumori cerebrale cu semne de localizare lângă tuberculii quadrijemeni, cu pilositate anormală şi creştere sexuală prematură este locul să ne gândim la o tumoră a pinealei. C. I. URECHIA

SEPPILLI. — **Un cas de tumeur du corps calleux.** *(Annales de Neurologie,* Neapole 1909). Un bolnav ce a prezentat mai întâi o stare demenţială, caracterisată prin lipsa de ideaţiune, lipsă de atenţie, slăbire profundă a memoriei, slăbire a afectivităţei, desorientare, inerţie, turburări în mers, sensibilitatea conservată. In urmă un tablou clasic al apoplexiei cerebrale şi sucombă. La necropsie s'a găsit un glio-sarcom în corpul calos.

C. I. URECHIA

DAVIDENKOF. — **Contribution a l'étude de l'Ataxie aiguë cérébrale.** (*l'Euckipale* No. 1, 1910). După ce face istoricul şi punerea la punct asupra cunoştinţelor noastre asupra acestei afecţiuni, ne dă observaţia unui cas personal, urmat de necropsie şi examen histologic. N'a găsit lesiuni localisate, inflamatorii, ci numai lesiuni celulare de natură toxică, fapt ce ar tinde să combetă teoria mielitei diseminate admisă de majoritatea autorilor.

C. I. URECHIA

Laringo-rino-otologie

GLUCK.— **Die chirurgie im Dienste der Laryngologie.** (Chirurgia în serviciul laringologiei). *Zeitschrift für Laryngologie,* 1908, fascicula 2. In operaţiunile mari ale laringelui Gluck caută să înlăture pneumonia produsă prin ingestie, separând trachea în mod preliminar şi o fixează la partea externă a gâtului. O cerinţă absolut necesară este desinfecţiunea cavităţei bucale, a faringelui ba chiar şi a stomacului. Rezultatele operatorii obţinute au fost pe cât se poate de satisfăcătoare. Din 43 hemilaringectomi şi 128 extirpaţiuni totale ale laringelui, nu observă nici un caz mortal datorit chiar intervenţiunei.

H. GUTZMANN. — **Stimme und Sprache ohne Kohlkopf.** (Voce şi grai fără laringe). *Zeitschrift für Laryngologie,* 1908, 2. La lucrarea precedentă a lui Gluck se referă publicaţiunea lui Gutzmann. Laringele nu este absolut necesar pentru a putea vorbi. In acest caz (fără laringe), vocea poate fi bucală sau faringiană. Bolnavul înghite aer şi formând o strictură, care înlocueşte glota. Această pseudo-glotă poate fi formată de buze şi dinţi, de limba apropiată de palatul dur, de epiglotă sau de gura esofagului a lui Villian. Această voce poate fi aptă de modulaţiuni; într'un caz bolnavul putea să cânte. Avantagele acestei voci faringiene este înlăturarea cu totul a laringelui artificial care descuraja pe bolnavi şi îi obosea.

K. KOFLER. — **Ein Fall von ödem im Larynx nach Iodkaligebrauch.** (Un caz de edem în laringe în urma întrebuinţărei iodurului de potasiu). *Monatsschrift für Ohrenheilkunde,* 1909, No. 2. Este cunoscut că mucoasele căilor respiratorii superioare sunt mai mult sau mai puţin susceptibile la diferite preparaţiuni ale iodului. Cel mai des se observă coriza iodică, mai rar este atinsă mucoasa laringelui sau a traheei, acestea mai ales când avem aface cu o idiosincrasie, chiar cu doze mici de iod. După Lublinski, Breyen, doze mici de iod mai de grabă conduc la iodism de cât doze masive — Iată — cazul observat de Kofler: Un bărbat de 37 de ani vechiu sifilitic, i se administrează 3 gr. de iodur de potasiu pe zi.

Totuşi bolnavul luă toată poţiunea seara înainte de culcare. După 4 ore are dispnee, afasia, coriză, dureri toracice. La examenul laringologic, a doua zi, se constată un edem subglotic destul de pronnuţat. După două zile acest edem dispăruse în urma tratamentului préscris. In diferite cazuri publicate de alţii autori, dispnea poate fi atât de puternică în cât tracheotomia devine necesară. Fournier a observat 4 asemenea cazuri, din aceşti bolnavi 2 au murit înainte de a se putea proceda la tracheotomie.

G. KILLIAN. — **Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bei Scharlach.** (Infecţiunea sinurilor accesorii ale nasului in scarlatină). *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, LVI, 1908, 3. De şi afecţiunile cavităţilor accesorii ale oselor nasale, mai ales sinusul maxilar şi celulele etmoidale, nu sunt rare în scarlatină totuşi au fost puţin studiate. Infecţiunea acestor sinusuri, pare a se face chiar la începutul scarlatinei, dar diagnosa nu este uşoară la început din cauza simptomelor scarlatinei, care maschează afecţiunea sinusului. Dacă însă cazurile se complică; durerile, scurgerea de puroi din nas, edemul pleoapelor sau ale altor regiuni ale feţei ne pun pe cale a diagnostica sinusita, Examenul cu razele Rontgen, făcut în sensu, postero-anterior, nu numai preciseazã diagnosa, dar chiar ne desluşeşte asupra dimensiunilor sinusului frontal. Propunere în general favorabă, afară de sinusita frontală, care adese-ori dă naştere la complicaţiuni. In cazurile uşoare serul antistreptococic, poate fi de folos, în cazurile grave intervenţia chirurgicală să fie precoce.

MARUM. — **Ueber das Vorkommen im Paratyphusbacillen bei otitis media.** (Presenţa bacilului paratific în otites media). *Arhciv. für Ohrenheilkunde.* LXXVIII, 1908, p. 45. In două cazuri de otită medie supurată Marum a găsit bacilul paratific B. In primul caz s'a făcut trepanaţie în al doilea antro-aticotomia şi deschiderea unui abces al lobului temporal drept. In puroiul abcesului de asemenea se găsi bacilul paratific. Al doilea caz se termină prin moarte. Sângele din auriculul stâng conţinea de asemenea bacilul paratific B.

F. ALT. — **Die Taubheit infolge von Meningitis cerebro-spinalis epidemica.** (Surditate în urma meningitei cerebro-spinale). *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1909, 3. Alt a examinat 50 de cazuri de meningită cerebro-spinală, în privinţa auzului. De la 3 morţi examină ambele organe auditive. In primul caz infecţiunea se făcu prin melc cel mai atins era nervul coclear, organul lui Corti a fost cu totul distrus. In al doilea caz se observă mal des neoformaţiunea osoasă şi de ţesut conjunctiv. In al treilea caz terminaţiunile nervoase ale acusticului erau cu totul distruse. La examenul clinic al bolnavilor se constată integritatea timpanului, care este cu totul normal. Surditate complectă pentru voce sgomote, sunete. Această uuriditate survine în 1-a sau a 2-a săptămână a meningitei. Surditatea este bilaterală. In aproximatif o treime din cazuri auzul poate reveni mai mult sau mai puţin.

E. KRONENBERG. — **Durchwanderung eines Gewebstückes durch die Tuba Eustachi nach operation adenoider Wucherungen.** (Trecerea unei părţi a tonsilei lui Luchka prin trompă în urma operaţiei vegetaţiunilor adenoide). *Zeitschr. für La-*

ryng. 1908, 4). La un băiat de 6 ani cu perforaţia uscată a ambelor timpane, autorul găsi, 5 zile după operaţia vegetaţiunilor, o masă gelatinoasă în cavitatea timpanului stâng. La examenul istologic se constată că acea masă făcea parte din amigdala lui Luschka operată. Această porţiune a ţesutului având trecere în ureche prin trompa lui Eustache.

ALEXANDER. — **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Ohre mit dem Elektromagnet.** (Extragerea unui corp străin din ureche cu electromagnetul). *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* LIV. 1903, 3. La un băiat de 4 ani se înţepeni în conductul auditif un glonte de oţel. Un medic încercase extracţiunea prin spălătură şi pensă care a dat naştere la emoragie din ureche. Alexander a întrebuinţat electromagnetul lui Hirschberg prevăzut cu un vârf subţire. Indată ce apropiase vârful de $^1/_2$ cm. de corpul străin, glontele fu atras de magnet şi extras. Examenul otoscopic a arătat existenţa unei rupturi a timpanului în quadratul postero-superior, o depresiune a timpanului cu o echimoză şi excoriaţia conductului auditiv.

SEDZIAK. — **Ueber sogenannte adenoide Vegetation der Nebenhöhle auf Grund von über tausend ausgeführten operationen.** Despre vegetaţiunile adenoide fibroase a mai mult de o mie de operaţiuni. (*Archiv für Ohreuheilkunde*, LXXVI, 29„8, 3). In decursul de 17 ani, din 21.000 de bolnavi 1995 aveau vegetaţiuni. din aceştia 235 până la vârsta de 5 ani, 625 de la 5 — 10 ani, 1001 de la 10—20 de ani, 84 de la 20 — 30 ani, 42 de la 30 — 40 ani, 7 la pacienţii de la 40 de de ani în sus. Cel mai tânăr bolnav era de 3 luni, ceea ce ar vorbi pentru congenitalitatea afecţiunei. In majoritatea cazurilor, atât bolnavii cât şi părinţii lor prezentau simptome tipice de scrofuloză. Adesea-ori se găsesc vegetaţiuni şi la părinţi sau fraţi. In 804 cazuri exista apronexie, în 2150 cazuri idioţie. La copiii mici, fără altă explicaţiune, poate ţine de inflamaţiunea acută a amigdalei faringiene In 702 cazuri există şi ipertrofia altor segmente a inelului lui Waldeyer. Complicaţiuni din partea organului auditiv existau în 1005 cazuri. In toate 42 cazuri de surdo-mutitate observate de Sedziac s'a constatat şi prexenţa vegetaţiunilor adenoide. Complicaţiuni oculare erau în 66 cazuri, alte nevroase reflexe în 304 cazuri De 12 ori în urma operaţiei s'a vindecat enuresia nocturnă. Vindecări de epilepsie s'a notat în 7 cazuri după operaţie, astom în 6 cazuri. Din complicaţiunile postoperatorii a observat: emoragie de 4 ori, scarlatină şi pojar în câte un caz, malarie de 2 ori, amigdalită de 7 ori. In 2 cazuri abces periamigdalian.

TEODOR HENRY. — **Tonsillen und Pharynxtuberkulose.** (Tuberculoză amigdaliană şi faringiană). (*Arckiv für Ohreuheilkunde*, LXXVI, 1908, 4). Tuberkuloza primitivă a amigdalelor este rară. La început rar se găsesc în nodulele mitrale celulele epiteliale şi pigmente, numai în aceste din urmă s'au găsit bacili, cari au sprijinit diagnosa. In stadiul de ulceraţiune baccilii sunt abondenţi. Tuberculoză latentă se găseşte atât în amigdalele normale cât şi în cele ipertrofice sau atrofice. Infecţiunea în majoritatea cazurilor se produce prin spute. Intr'un caz de tuberculoză latentă a amigdalei după prima injecţiune de tuberculină pe lângă febră se ivi tumefacţiunea tonsilei cu aspect normal şi nodule miliare, care după 2 zile erau ulcerate. Tuberculosa primară a faringelui este rară, mai adese ori se observă pe lângă tuberculosa pulmonară şi laringeală. Apare sub formă de tuberculosă miliară. La febricitanţi mersul este rapid şi latat. Rare-ori vălul palatin formează aderenţe cu peretele posterior al faringelui. Diagnoza diferenţială cu sifilisul poate prezenta dificultăţi. Pentru sifilis serveşte indolenţa, roşeaţa mai pronunţată ca în tuberculoză şi vindecarea prin iodurul de potasiu.

L. LEVIN. — **Zur prognose der Schussverletzungen des gehörorgans. Operative Entfernung einer in den tiefen Teilen des Mittelohr eingekeilten Revolverkugel mit Erhaltung des Gehörs.** (Contribuţiune la prognosa traumatismelor prin arme de foc ale aparatului auditiv. Extragerea unui glonte de revolver din profunziunea urechei medii, cu conservarea auzului). *(Arciv für Ohrenheilkunde,* LXXIX, 1909, 1). Un tânăr de 26 de ani, a fost lovit cu doi ani mai înainte, de două gloanţe de revolver în regiunea urechei stângi. După lovitură a pierdut cunoştinţele pentru scurt timp şi petrecu 2 luni la spital. Se simţise destul de bine timp de 2 ani, afară de surditatea stângă şi sgomote subiective. De 6 luni otită stângă, de scurt timp tumefacţiune înaintea şi înapoia urechei. Dureri. Supuraţiune fetidă. Inaintea urechei stângi o cicatrice, sub ureche pe gât a doua cicatrice. Conductul auditiv tumefiat. Cu stiletul se simte în fundul conductului un corp metalic. Cu urechea stângă nu aude nici voce şoptită nici ceasornicul. La examenul radiografic se constată că unul din gloanţe se află în otic, cel de al doilea la nivelul vertebrei a 2-a cervicală. Extracţia glontelui din ureche era dificilă, pentru că acesta era înfipt în os pe nervul facial şi canalul semicircular orizontal, la partea anterioară comprima peretele carotidei interne, la partea posterioară atinge marginea externă a antrului mastoid. La extracţia glontelui canalul lui Fabby era atât de iritat in cât muşchii feţei se contractau chiar la atingerea canalului. Pacientul aude mult mai bine. Aproape total surd înainte de operaţiune, aude voce tare la 5 m., şoptită la 0 m. 25, cu urechea stângă.

ROLAND. — **Sinusite maxillaire et syphilis.** (Sinusită maxilară şi sifilis). *(Anales des maladies de l'orcille,* 1908, No. 10). La o femee de 38 de ani, deşi se făcu în două rânduri operaţia sinusitei maxilare, prin procedeul Caldwell-Luc şi Killian, nu se putu obţine vindecarea. Autorul bănuind că sifilisul ar putea fi în joc, supune bolnava unui tratament antisifilitic şi o operă din nou după càt-va timp. Vindecarea se obţinu ast-fel întrun timp foarte scurt.

DELIE. — **Pseudoleucemie d'origine anygdalienne.** (Pseudoleucemie de origine amigdaliană). *Annales des maladies de l'oreille,* 1908 No. 10. Copil de 7 ani robust, se plânge de jenă la deglutiţiune. La examenul faringelui se găsesc amigdale mari, care se ating la linia mediană, de coloare cenuşie. La unghiul maxilarului inferior, se găsesc mici ganglioni. In antecedentele ereditare şi personale nu se notează nici tuberculoza nici sifilisul, la examenul histologic al unei din amigdale se constată hiperplazia elementelor limfoide cu hipertrofia ţesutului conjonctif, cum se găseşte în leucemie şi pseudo-leucemie. La examenul sângelui se număr mai multe leucocite, cu predominarea polinucleoselor, în stare normală. In două luni afecţiunea a progresat foarte mult, copilul era foarte anemiat, compresiunea organelor mediastinului, Ganglionii cervicoli măriţi de volum. Amigdalele considerabil mărite. Copilul muri trei luni după primul examen al autorului.

FALLAS. — **Quelques cas de complications de l'opération des végétations adénoides.** (Câte-va complicaţiuni în urma operaţiei vegetaţiunilor adenoide). *Annales des maladies de l'oreille*, 1908, No. 10. In primul caz la o fetiţă de 13 ani, care nu fusese menţinută, ablaţiune vegetaţiunilor a fost urmată de energie abondentă. In luna următoare menstruaţia s'a stabilit, spre a se continua în mod regulat. In al doilea caz este vorba de un adult cu starea cronică, de care în anestezie cu cloroform şi irigataţiuni s'a amputat coarda unui combai şi o creastă a septului nasal. Anestezia se face cu mare greutate, bolnavul nervos căzu de mai multe ori după masa de operaţie. După 4 zile apărură simptome de abces pulmonar terminat prin vindecare, în urma mai multor vomice. Autorul crede că abcesul este datorit aspiraţiei sângelui sau de fragmente de vegataţiuni în cursul operaţiei.

DE STELLA. — **Méningite et surdité.** (Meningită şi surditate) *Annales des maladies de l'oreille*, 1908, No. 10. Autorul voeşte se demonstreze că nu numai meningitele purulente, tuberculoase, cerebro-spinale pot conduce la surditate, dar chiar meningitele toxice simple, sau ereptice frecuente în prima copilărie şi denumite adeseori „meningism“. Un copil de 10 ani are simptome de meningită. A treia zi surditate complectă. Prin puncţiunea lombară se extrage un lichid limpede puţine limfocite ori, aseptic. De şi celelalte simptome dispărură, surditatea persistă. La un copil de 12 ani cu parilisie dublă a 6-a zi se ivi meningită, după trei zile surditate totală. Puncţiunea lombară cu acelaş rezultat ca în cazul precedent, amelioră puţin auzul.

JACQUES et LUCIEN. — **Phlegmon périamygdalien mortal par Thrombophlibite du sinus caverneux** (Flegmon perimigdalian mortal prin trombo-flebită a sinusului cavernos) *Annales des maladies de l'oreille*, 1908. Un bărbat de 46 ani bine conformat suferea de dureri la deglutiţiune din dimineaţa zilei chiar. Jumătatea dreaptă a istmului faringelui edomaţiată, roşie, la atingere tare. Se înfige galvano cauterul, fără ca să se scurgă puroi. De şi a treia zi începu să se scurgă puroiul, infecţia creştea şi se iviră şi simptome de septicemie: cafelei, frisoane. După 5 zile urma şi toate simptomele unei flebite a sinusului cavernos: proecţiunea ochiului, tumefacţia pleoapelor, dilataţia venelor frontale, puls foarte frecuent. In regiunea sterno-mastoidiană dreaptă un flegmon se incisează imediat. A doua zi sucombă bolnavul. La autopsie se găsi trombora suiveritor cavernoase.

EUGEN FELIX

Medicină experimentală

CH. A. ELSBERG, H. NEUHOF and S. H. GEIST. — **A skni reaction in carcinoma from the subcutaneous injection of human red blood cells.** (Cuti reacţiunea în cancer prin injecţia subcutanată de globule roşii umane). *American journal of medical sciences*, Vol. 139, p. 264, 1910. Este cunoscut că extractele de tumori maligne au proprietăţi hemolitice. Asemenea că în 50—60 % din cazuri, serul canceroşilor conţine hemolisine pentru eritrocitele umane, însă această proprietate n'a putut fi utilizată pentru diagnosticul cancerului. Pornind de la aceste date, autorii s'au gândit dacă n'ar fi posibil a pune mai bine în evidenţă proprietăţile hemolitice ale serului bolnavilor cu tumori maligne prin contactul „in vivo" al eritrocitelor cu serul, adică injectând sub pielea pacientului globulele roşii. Autorii cred, că pe când eritrocitele injectate sub pielea unui individ normal sunt distruse şi imediat transportate de celulele sau umorile organice, fără a da loc unei reacţiuni locale, condiţiile sunt cu totul alt-fel când ele sunt injectate la indivizi canceroşi, al căror ser şi limfă conţin hemolisine. In acest din urmă caz, substanţele organice eliberate în urma distrugerei globulelor (hemoglobina şi altele), vor pătrunde în ţesuturile din vecinătatea locului injectat şi vor putea produce o schimbare locală, o iritaţie în locul injectat.

Technica: Se ia 5—10 cm. sânge din o venă a braţului unui individ sănătos şi care n'a fost anesteziat de curând, se defibrează chiar în seringa aspiratrice. Se pune în o serie de eprubete câte 1 c. c. şi se centrifugează, apoi se spală globulele şi în fine se face o suspensiune de 20 % globule roşii, care se ţine la ghiaţă 24—48 ore, cânp sunt gata de injectat. Se aruncă tuburile în cari s'a produs chiar urme de lacaj. Autorii au găsit că sângele luat de la copii mici dă rezultatele cele mai favorabile. Intrebuinţarea globulelor de animale, ce nu sunt hemolizate de serul uman normal nu dă rezultate mulţumitoare. Din suspensia de 20 globule umane, se injectează sub pielea feţei anterioare a ante-braţului 0,3 dintr'un c. c. Injecţia nu e dureroasă, pielelea este ridicată însă umilătura dispare după câte-va minute.

Reacţia începe cam la 5 ore după injecţie, atinge maximul de intensitate în 6—8 ore; une-ori apare după 2 ore, alte-ori abia după 8 ore devine evidentă Constă într'o suprafaţă ovală, cam neregulată cu marginile bine delimitate şi ridicate deasupra pielei dinprejur, de o suprafaţă de 1—2 pe 3—5 cm. p., marginile ei sunt une-ori înconjurate cu o areolă alburie. Culoarea lesiunei variază de la roşu brun până la castaniu închis, une-ori cu o nuanţă albăstruie. La palpaţie e de o consistenţă moale, uşor gelatinoasă, ca şi când de desupt ar fi un exudat. Leziunea dispare une-ori la 6, alte-ori la 10 până la 12 ore după injecţie, lăsând în loc o pată gălburie sau verzue, ce dispare treptat.

In cazurile negative pielea nu prezintă nici o reacţie la locul de injecţie, sau o foarte mică pată, neridicată a cărei culoare variază.

Rezultate: Autorii au practicat 684 injecţii la 432 de bolnavi împăţiţi asf-fel:

	No. caz.	R. pozitivă	R. negative	Dubioase
Cancer sigur sau f. probabil . .	69	62 — 82.9 %	5 — 7.2 %	2 — 2.9 %
Alte maladii	325	15 — 4.6 %	307 — 94.3 %	3 — 1,1 %
Cancer posibil	9	7 — 77.8 %	2 — 22.2 %	
Cancer foarte înaintat sau miliar	11		11 — 100 %	

Anestezia inhibează reacţia. Ea nu devine pozitivă de cât după câte-va zile de la anestezie. După ridicarea cancerului prin operaţii largi, reacţia devenea din ce în ce mai slabă, cu cât trecea mai mult timp de la operaţie, până când devenea negativă.

D. IONESCU

L. BRIEGER şi HERMANN RENZ. — **Chlorsaures Kali bei der sero diagnose der syphilis.** (Despre întrebuinţarea clorului de potasiu în serodiagnosticul sifilisului). *(Deutsche medicinsche Wochenscrift* 1909 No. 59). In locul amboceptorilor daţi de Wassermann adică în locul serului sanguin obţinut prin injecţii repetate de sânge de oaie la iepure, autorii întrebuinţează numai kalichloricum şi obţin prin acest mediu solvator al sângelui, în 65 cazuri, rezultate ca şi cu hemolisinele lui Wassermann.

RODENVALDT. — **Pneumokokken sepsis und Pneumokokken serum Römer.** (Pneumonie şi serum antipneumonic). *(Deutsche med. Wochen.* 1909, No. 50). Intr'un caz de infecţie pneumococică, complicat de artrită supurată, se obţine o scădere repede a temperaturei şi însănătoşire, prin injecţiuni cu serum antipneumococic Römer.

PAUL RÖTHIG. — **Weitere Untersuchungen am Zentralnervensystem von mit Arsazetin behandelten Mäusen (sog. Tanzmäusen).** (*Deutsche med. Woch.* No. 50, 1909). La şoarecii albi, cari au fost omorâţi prin arsacetin injectat timp de 5 săptămâni, prin metoda Marchi, s'a observat o degenerescenţă a N. vestibular; degenerarea la tractus opticus a fost mai tardivă.

V. CZERNI. — **Bemerkungen über die Injection von Radiumpräparaten bei malignen Tumoren** (Observaţiuni asupra injecţiunilor cu preparate de radiu la tumorile maligne). *(Deutsche med. Woch.* 1900, No. 51). Autorul anunţă că radiul se bucură încă de proprietăţi tămăduitoare al cancerului. Acolo unde se prevede o operaţie fundamentală, e de îndemnat să se încerce mai întâi acest procedeu.

SPIELMEYER. — **Ueber experimentelle Schlafkrankheit.** (Asupra maladiei experimentale a somnului). *(Deutsche med. Woch.* 1909, No. 51). Doi câini au fost injectaţi subcutan cu treponema gambiense. Leziunile lor anatomice se potrivesc cu cele găsite la om. La vase se observă o infiltraţie cu plasmazellen şi elemente limfocitare. Aceste leziuni se întind asupra întregului sistem nervos central şi a meningelor. Aceste modificări se aseamănă cu cele din paralizia progresivă.

FRITZ KIRSTEIN. — **Die Züchtung von Thyphusbazillen aus dem Blutkuhen nach Verhandlung derselben in Tripsinhaltiger Rindergalle.** *(Deutsche med. Woch.* 1909, No. 51). Intr'o probă de sânge, trimisă spre examinare, se poate ca după solvirea sa într'un amestec a͡a de glicerină-tripsină-bilă, să se obţină rezultate asemănătoare cu cele ce le obţinem în spital, când facem culturi direct cu sânge în bilă.

Pediatrie

MIECZYSLAW MICHALOWICZ. — **Über die Verwertung der Wirbelsäuleperkussion bei der Diagnose der Tracheo-Bronchialdrüsentuberkulose im Kindesalter.** (Uzul percuţiunei coloanei vertebrale pentru diagnosticul adenopatiei tracheo-bronşice tuberculoase în copilărie). *(Jahrb. f. Kinderh.* Ian. 1910). Autorul după ce reaminteşte anatomia ganglionilor tracheo-bronşici, şi cercetările relative la percuţia coloanei vertebrale ale lui Piorry, Koranyi, de la Camp şi Nagel expune rezultatele cercetărilor sale proprii din cari reies următoarele concluzii:

1. In stare normală vertebra 7 cerv. dă la percuţie un son timpanic cam surd; pe urmă sonul timpanic devine din ce în ce mai limpede până la v. 5—6 Dors. şi pe urmă iar devine progresiv surd.

2. Matitatea coloanei vertebrale se arată mai cu seamă în adenopatia tracheo-bronşică la copil între 1—5 vert. dors. Matitatea de la 1—4 dors. depinde de lanţul tracheal. Matitatea pe vertebra 4—5 la copii mai mari şi pe vertebra 6 depinde de ipertrofia ganglionilor de la bifurcaţie.

3. Rezultatele percuţiunei coloanei vertebrale se acordă perfect cu constatările de la autopsii.

4. Matitatea pe coloana vertebrală îndică numai ipertrofia ganglionilor tracheo-bronşici iar nu natura tuberculoasă a acestei ipertrofii.

5. Matitatea vertebrală nu e totdeauna definitivă; ea poate trece sau scade.

6. Ipertrofia cordului nu dă matitate în regiunea ganglionară. O ast-fel de matitate cardiacă ar începe numai pe la a 8-a v. dors. ceea-ce e prea jos pentru o adenopatie bronşică.

7. Cifoze şi scolioze moderate fără leziuni ale vertebrelor n'au nici o influenţă asupra matităţei vertebrale.

GR. JACOBSON.

DE LA CAMP — **Die Klinische Diagnose der Bronchialdrüsen tuberculose.** (Diagnosticul clinic al tuberculozei ganglionilor bronşici). *(Ergebn. der Inn. Med. und Kinderh.* I. p. 556). Foarte bună revista generală în care se găsesc enumărate toate semnele cari s'au descris în adenopatia tracheo-bronşică. Autorul insistă mai mult asupra percuţiunei coloanei vertebrale de care s'a ocupat el însuşi cu elevul său Nagel; în starea normală de la vertebra 7 c. care sună ceva voilat, sonul devine din ce în ce mai clar până la v. 6 şi chiar 9 dors. Prin percuţia profundă se poate observa diferinţe până la vert. 5 D., după cum gura e deschisă sau închisă (ton tracheal). Prezenţa de ganglioni ipertrofiaţi se traduce printr'o matitate la nivelul vertebrei 5—6 dors. Afară de o ipertrofie ganglionară matitatea la acest nivel poate încă fi pricinuită de o atelectasie a bordului posterior al plămânilor care, cum se ştie este în raport cu coloana vertebrală, precum şi de o pleuresie. Nagel a arătat că un bloc de ceară de 15 c. cubici poate fi apreciat la percuţiunea coloanei. Un bloc de 11 c.c. nu se poate percuta. Astfel că o masă ganglionară e apreciabilă când are cel puţin 3×2×2 cm.

Ipertrofia cordului se traduce printr'o matitate vertebrală situată pe la a 7—9 v. Dors. Autorul mai insistă şi asupra rezultatelor examenului radiografic, arătând cât e de dificil necesitând şi o tecnică cu totul particulară. Termină printr'o enumăraţie a simptomelor de compresiune şi a simptomelor generale. Bună bibliografie.

GR. JACOBSON

FEDINSKI. — **Der Einfluss des Moserschen Serums auf den Verlauf u. die Mortalität des Scharlachs** (Influenţa serului lui Moser asupra evoluţiunei şi asupra mortalităţei scarlatinei). *(Jahrb. f. Kinderh.* Ian. şi Febr. 1910). Este incontestabil că această importantă lucrare este un argument puternic pentru întrebuinţarea serului lui Moser. Autorul se serveşte de o statistică foarte întinsă.

Supune cazurile observate la o clasificare în categorii după gravitatea lor, compară în *acciaşi epidemie* cazurile tratate prin ser dintr'o categorie cu cazurile netratate prin ser din aceiaşi categorie, toţi bolnavii fiind supuşi la acelaş regim şi la acelaş tratament general; eliminează din statistică toate cazurile complicate de la început precum şi bolnavii intraţi după a 5-a zi, după care în nici un caz nu s'a tentat tratamentul serotherapic. Acţiunea serului asupra febrei, asupra evoluţiunei ulterioare a boalei, asupra fenomenelor generale, cardiace, nervoase, renale etc., este studiată cu cea mai mare îugrijire şi rezultatele diferitelor statistici sunt reprezentate prin diagrame foarte sugestive.

Acest mod conştiincios de a lucra, face că concluziunile autorului să inspire încrederea cititorului.

E posibil ca majoritatea medicilor să fi renunţat la tratamentul seroterapic al scarlatinei cu prea mare uşurinţă, pe baza unor statistici insuficiente şi numai prin faptul că serul lui Moser n'a dat rezultate atât de bătătoare la ochi ca serul antidifteric. Concluziunile lui Fedinski sunt foarte elogioase: scădere considerabilă a mortalităţei în formele cele mai grave, influenţa favorabilă manifestă asupra temperaturei şi asupra complicaţiunilor de tot felul.

Serul se injectează sub pielea abdomenului, încălzit la 40°. In toate cazurile grave se injectează de la început 200 c. c. (100 c. c. numai la copii sub 1 an)

Injecţia trebue făcută cât se poate mai de timpuriu de oare-ce dintr'o statistică foarte corespunzătoare rezultă că succesele sunt cu atât mai numeroase cu cât injecţia este făcută mai de vreme.

In cazurile uşoare e asemenea bine de a se injecta 50—100 cc. ser din cauza efectelor favorabile acestei injecţiuni asupra complicaţiunilor. Dacă evoluţia, benignă la început devine gravă, mai târziu se poate face a 3-a sau a 4-a zi o altă injecţie.

După a 5-a zi se poate tenta tratamentul serotherapic dar cu puţină speranţă de succes.

In cazurile foarte grave dacă după 24 ore de la injecţie nu se observă o îmbunătăţire manifestă, trebue făcută o a doua injecţie de 100—200 cc.; asemenea, injecţie trebue repetată dacă după o amelioraţie trecătoare, se observă o nouă agravare a simptomelor.

GR. JACOBSON

FORSSNER. — **Eine Nachuntersuchung nach 15—20 Iahren in 28 Fällen von Chorea Minor.** (O anchetă asupra soartei a 28 cazuri de coreă după 15—20 ani). *(Jahrb. f. Kinderh.* Ian. 1910). Autorul a căutat şi regăsit în 1907 cazurile de coreă tratate în clinica lui Waerns (Stockholm) de la 1885 până la 1892. Ancheta lui a întins-o şi la cazurile de reumatism şi de afecţiune cardiacă.

Din această cercetare a reeşit faptul interesant următor: pe când la copiii cari suferiseră de boală de cord sau de reumatism se desvoltaseră în urmă diferite complicaţiuni ale acestor boli, din potrivă, la coreici se iviseră diferite maladii fără nici un raport cu corea.

Aşa, autorul a putut avea informaţiuni despre 28 cazuri.

Dintre aceştia în 1907:

7 muriseră de boale de cord;
5 sufereau de boale de cord;

In 5 cazuri se desvoltase o tuberculoză pulmonară (2 morţi şi 3 în viaţă).

In 7 cazuri exista o albuminurie;

Intr'un caz exista o guşă (exophtalmică?) 1 caz era fără diagnostic precis (bolă de stomac); 1 caz cu fenomene cerebrale. 1 singur dintre foştii coreici era sănătos.

Prin urmare 14 din aceşti foşti coreici se îmbolnăviseră de boală fără nici un raport cu corea.

Comparând această statistică cu cea a bolnavilor de cord sau reumatism, se constată că în această din urmă statistică nu se observă aceiaşi frequenţă a boalelor accidentale.

Ca concluzie autorul face hipoteză foarte admisibilă că corea atinge de preferinţă constituţiunile slabe şi puţin resistente. Aşa se explică pentru ce mulţi din copiii cari au suferit de coreă în copilărie cad mai târziu pradă a diferitelor boale cronice.

GR. JACOBSON

KOCH. — **Über perniziöse Anaemie u. extra-medulläre Blutbildung im Säuglingsalter.** (Anemie pernicioasă şi hematopoeză extra-medulară la sugaciu). *Jahrb. f. Kinderh.* febr. 1910.

GR. IACOBSON

KNÖPFELMAGHER u. LEHNDORFF. — **Das Collessche Gesetz u. die neuen Syphilis Forschungen.** (Legea lui Colles şi cercetările noi asupra syphilisului). *Jahrb. f. Kinderh.* febr. 1910. Partea originală a acestei lucrări e privitoare la cercetări cu reacţiunea lui Wassermann la mamele copiilor sifilitici. Reacţiunea s'a făcut la 116 mame dintre cari 91 cari nu prezentaseră nici odată manfestaţii specifice cu 54 rezultate positive (59.3%), şi 25 cari prezentaseră accidente de syphilis cu 18 rezultate pozitive (72%). Proporţia mai mare în grupul al 2-lea poate fi datorită faptului că unii din copiii mamelor din categoria I erau probabil atinşi de sifilis dobândit. Ţinându-se seamă de această cauză de eroare se poate conchide că mamele copiilor sifilitici, fie că au prezentat sau nu accidente sfilitice, se comportă simţitor în acelaş mod faţă de reacţia lui Wassermann.

Puţin timp după naşterea unui copil sifilitic, reacţia lui Wassermann e positivă la vr'o 90% din mame, mai târziu frecuenţa reacţiunelor positive scade treptat şi după mai mulţi ani, reacţiunile positive se observă numai în proporţie de 44—50%. După cum se vede, lucrurile se petrec absolut la fel cu ce se observă la sifilitici: prin urmare toate mamele ale copiilor sifilitici se comportă faţă de reacţiunea lui Wassermann ca bolnavii de sifilis.

Autorii îşi pun pe urmă întrebarea dacă substanţele cari produc reacţiunea lui Wassermann n'ar putea trece de la făt la mamă (fătul fiind sifilitic prin cale germinativă de la tată) fără ca mama să fie sifilitică.

După o lungă discuţie conchide că lucrul nu se produce cel puţin în majoritatea cazurilor: există numeroase observaţiuni în cari reacţiunea era positivă la mamă şi negativă la nou născut, cu toate că mama nu prezentase fenomene sifilitice.

Prin urmare în marea majoritate a cazurilor, sifilisul nu se transmite pe cale germinativă de la tată, ci e trasmis de mamă pe cale placentară. Transmisiunea germinativă în ori-ce caz constitue minoriratea cazurilor.

Infecţiunea fătului cu spirocheţi se face dar pe cale placentară şi poate surveni la ori-care moment al vieţei fetale, şi chiar în momentul naşterei, graţie unor leziuni specifice ale placentei. Sifilisul evoluează la făt după perioada de incubaţie obicinuită.

GR. JACOBSON

Varia

Jahreskurse für Ärztliche Fortbildung. (Cursuri anuale pentru propăşire medicală). Publicaţie mensuală în 12 fascicule, de mai mulţi profesori şi docenţi din Berlin, Viena, München, Heidelberg etc.

Editor J. F. Lehmann, München, 1910. *Preţul anual*: 16 *mărci*, No. 1 singur: 2 *mărci*. No. 2: *3 mărci*.

Lucrarea această înpărţind tot domeniul medicinei în 12 părţi, va consacra câte un capitol progreselor făcute în anul expirat în fie-care parte deosebită a culturei necesară unui medic practic. Primul capitol, coprins în No. 1 apărut pe Ianuarie, datorit **Prof. Lubarsch** (Düsseldorf), tratează de Biologie şi Patologie generală (introducere, teoria eredităţei, fecundaţiei—desvoltare normală şi patologică, tumori, turburările nutriţii celulare în privinţa grăsimei şi idraţilor de cărbune). Se prezintă sub forma unor lecţiuni aşezate în mod sistematic şi după un nou plan pentru a da o icoană desăvârşită şi fidelă a subiectului, nefiind numai o recenziune ci chiar o predare magistrală a trăsurilor generale ale ştiinţei respective, pe lângă care figurează, toate câte de curând i-au fost câştigate din nou, fără însă a intra în prea mici amănunte. Ast-fel concepută, publicatia aceasta va fi de un folos netăgăduit pentru înprospătarea şi desvoltarea cunoştinţelor ori cărui medic doritor de a se ţine în curent cu progresele ştiinţei. Ii va servi tot de-o dată ca un plan general şi o călăuză cu a cărei cunoştinţă va putea ori-când să facă recurs la diferite lucrări speciale într'un domeniu restrâns, pentru a sa repede, şi deplină luminare, în cutare sau cutare altă specialitate. Cu atât mai mult că pentru a fi cât se poate de didactică, anul întâi al lucrării va coprinde câte o întroducere în elementele fie-cărei ramuri a ştiinţelor medicale, ca o punere la punct prealabilă.

In numărul 2, pe februarie, **Prof. Ortner** (Innsbruck) tratează despre unele afecţiuni ale organelor circulaţii. Primul articol ne dă un studiu critic documentar asupra mijloacelor de diagnostic al turburărilor funcţionale ale cordului. Arterioscleroza este apoi descrisă din punct de vedere anatomic, etiologic, simptomatologic şi clinic. Articolul insistă asupra dificultăţilor de a diagnostica une-ori arterioscleroza şi asupra necesităţii ce este totuşi de a se face acest diagnostic de timpuriu. In fine, distinsul clinician examinează în mod amănunţit cestiunea încă puţin cunoscută a cordului thyroidian, *pneumic* sau *mecanic* şi *thyreotoxic*.

Prof. Brauer (Marburg) expune în două articole concise dar coprinzătoare starea actuală a chirurgiei plămânilor. (Indicaţiile şi rezultatele intervenţiilor în abcese, gangrenă, bronchiectazie, tuberculoză întinsă unilaterală, emfizem şi tuberculoză incipientă). Lucrarea este însoţită de opt figuri şi o bibliografie bogată.

Capitolele ce vor apare în numerele viitoare sunt: Turburările digestiei şi nutriţiunei, Boale de piele şi genito-urinare, Boale nervoase şi mintale, Boale de copii, Obstetrica şi gynecologia, Terapeutica, Ortopedie, Boale infectioase, Igienă şi bacteriologie, Chirurgie şi Medicină legală, Ochi, nas, gât şi urechi.

G. Z. P.

LIBRAIRIE FRANÇAISE H. KOHN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA LIBRAIRIE de „l'Indépendance Roumaine
CALEA VICTORIEI— PASSAGE ROUMAIN, 19.— BUCAREST
TÉLÉPHNE 25/83.

Livres de Médecine en vente:

	Lei
Dr. Grashey: *Atlas de Radiographie de l'homme normal*	22.—
Dr. Branca: *Précis d'histologie.*	13.20
Drs. Achard et Loeper: *Précis d'anatomie pathologique*	13.20
Dr. Besson: *Technique microbiologique et sérothérapique*	16.—
Drs. Claude et Camus: *Précis de Pathologie générale*	13.20
Brouardel et Gilbert: *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de* **M. M. A. Gilbert et L. Thoinot,**	
Terrien: *Précis d'ophtalmologie.*	13.20
Marfan et Apert: *Précis des maladies des enfants*	11.—
Bibl. de thérapeutique *sous la direction de M. M. A. Gilbert et Carnot; ont paru:* **Kinésithérapie; Mécanothérapie; Médicaments microbiennes; Maladies cutanées et maladies vénériennes.** *D'autres volumes sont en préparation*	
Herzen: *Guide formulaire de Thérapeutique*	11.—
Manquat: *Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie 2 vol.*	24.—
Forgue: *Précis de Pathologie externe, 2 vol.*	24.20
Courmont: *Précis de pathologie générale*	13.20
Collet: *Précis de pathologie interne, 2 vol.*	17.60
Testut: *Précis d'anatomie descriptive*	10.—
Maygrier: *Precis d'obstétrique*	13.80
etc., etc., etc.	

La librairie se charge de procurer dans le plus bref délai et dans les conditions les plus avantageuses tout ouvrage qu'elle n'aurait pas en magasin.

Les nouveautés en Médecine sont mises en vente le jour même de leur apparition à Paris.

La porte plume à réservoir „ONOTO" le meilleur, à remplissage instantané et automatique, est très utile pour Messieurs les Médecins.

EN VENTE À LA LIBRAIRE FRANÇAISE

ABONNEMENTS AUX REVUES MÉDICALES

Abonnements à la Revue „Viaţa Românească"

CONVALESCENCE ♦ FIÈVRES

Anémie — Débilité — Cachexies

QUINIUM LABARRAQUE

Approbation de L'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

VIN TONIQUE — FÉBRIFUGE — DIGESTIF

Exactement titré et dosé — Contient tous les principes utiles du quinquina.
(5 gr. de principes toniques et 1 gr. 50 d'alcaloïdes par litre)
DOSE. — *Un verre à liqueur avant ou après chaque repas.*

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny et Cie), 19, rue Jacob, Paris

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE

Vertiges.	Hystérie.
Étourdissements.	Spasmes — Syncopes.
Crampes d'estomac.	Convulsions,
Vomissements nerveux.	Coliques hépatiques.

PERLES d'ÉTHER CLERTAN

PRÉPARÉES PAR UN PROCÉDÉ
APPROUVÉ par L'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Enveloppe extra-mince. — Dissolution immédiate DANS L'ESTOMAC. — Efficacité certaine.
Dosage rigoureux : 5 gouttes d'éther par perle.
DOSE : 4 à 10 perles par jour.

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny et C-ie), 19, rue Jacob, PARIS.

NÉVRALGIES — MIGRAINES

CATARRHES chroniques de la VESSIE et des BRONCHES

GUÉRI PAR LES

PERLES d'ESSENCE de TÉRÉBENTHINE CLERTAN

PRÉPARÉES PAR UN PROCÉDÉ
APPROUVÉ par L'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Enveloppe extra-mince. — Dissolution immédiate DANS L'ESTOMAC. — Efficacité certaine.
Dosage rigoureux : 5 gouttes par perle.
DOSE : 4 à 12 perles par jour.

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE. 19, rue Jacob, PARIS.

Anul VI, No. 4 Aprilie 1910. Volumul I.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. VICTOR GOMOIU

URETEROCELUL

Dacă ne-am conduce numai după numărul restrâns al publícaţiunilor referitoare la această chestiune, ar trebui să considerám *hernia ureterului* (ureterocelul) ca o raritate anatomo-patologică, şi foarte probabil că acest fapt a determinat pe unii autori ca Brunner să pună la îndoială veracitatea cazurilor publicate de Carli: „Bei den italienischen Fällen, zice Brunner, kann man sich aber des Eindruckes nicht erwehren, dass bei manchen (es waren alle Frauen!) das Lig. rotundum für den Ureter gehalten wurde“. Dar, dacă ţinem seamă că alături de organele cari herniază cel mai des (intestinul subţire şi epiploonul), s'au găsit în sacul herniar aproape toate organele din cavitatea abdominală:—une-ori numai apendicele vermicular, sau diferite porţiuni ale intestinului gros, iar alte-ori întreagă masa intestinală; dacă s'au întâlnit cazuri de hernia stomacului şi a organelor genitale (ovar, trompă, uter); dacă, de la Jean Sala (1500) şi până acum s'au întâlnit atâtea cazuri de hernia vesicei urinare, şi dacă însuşi rinichiul a fost găsit în sacul herniar (Deipser),—nu este de mirare că şi acest organ (ureterul) se poate deplasa şi refugia prin una din aceste deschideri ale abdomenului.

Mai mult încă, este de mirat faptul că hernia ureterului este aşa de rară, căci, după cum foarte bine remarcă Carli „der Harnleiter ist ein Organ, der durch seine Form und topographische Lagerung, namentlich in seinem Verlaufe durch dass Becken zum Vorfall in Hernien besonders disponirt sein dürfte“.

Frequenţa unei hernii a ureterului ar fi chiar foarte explicabilă dacă ne gândim că singurele puncte mai fixe ale ureterului sunt: unul superior — la implantarea lui pe rinichi, şi altul inferior — la implantarea lui pe vesică, iar în rest, pe o distanţă de 25 — 29 cm.

el este destul de slab ţinut prin legătura cu învelişul peritoneal; o asemenea hernie ar fi cel puţin explicabilă în cazurile de rinichi mobil, de hernia vesicei, etc.

Incontestabil că ureterocelele—mai ales cele secundare cystocelului, vor fi fost cu mult mai frequente căci Pott şi Leroux(1) au semnalat încă de mult asemenea cazuri, dar, cu toate complicaţiunile la cari au putut expune, ele au scăpat atenţiunei chirurgilor. Aşa bunioară la noi, s'au făcut atâtea lucrări (2) asupra herniei vesicei urinare — acele a d-lor: Aurian (1898); Georgescu (1901); Racoviceanu (1902); Moscovici (1908); Rizescu (1909) dar nici una nu spune despre ureterocel şi nu pomenesc nici măcar în treacăt, care ar fi fost raporturile ureterelor cu băşica herniată.

Faptul se explică uşor căci dacă atâtea cystocele au trecut nediagnosticate, apoi cu atât mai uşor s'a putut trece cu vederea peste un ureter herniat; — pe de altă parte, atunci când chirurgul a găsit vesica în sacul herniar şi nerecunoscând-o a tăiat-o, preocupat fiind de aceasta, n'a mai căutat să-şi dea seamă de starea ureterelor. Afară de aceasta, dacă ţinem seamă de varietatea formelor sub care se prezintă ureterocelul, cum depildă cazul lui Meissner (vezi descrierea), înclin a crede că multe din aşa zisele diverticule vesicale, cu pereţi aşa de subţiri cari simulau sacul herniar (Dominius, Sala, Pott, Guyon, Mastrosimone), n'au fost de cât ureterocele (dilatate).

O atare supoziţiune (frequenţa mai mare a ureterocelului) îmi pare cu atât mai fondată, cu cât majoritatea publicaţiunilor sunt de dată recentă și ele se înmulțesc pe măsură ce chestiunea devine mai cunoscută — pe măsură ce se atrage atenția asupra ei.

---

(1) Pott. — Chirurgical Works, London, 1790, Vol. III, p. 344 (după Mastrosimone).

Ch. Leroux. — Hernie inguino-scrotale droite irréductible. (Hernie complète de la vessie et des deux urèteres, hydronephrosys, etc). Revue mensuelle de Médecine et de chirurgie, 1880.

(2) Al. Aurian. — Contribuţiuni la studiul cystocelului inguinal. Teză, No. 474, Bucureşti, 19 Iunie 1898.

M. Georgescu — Contribuţiuni la studiul herniei inguinale a vesicei (cystocel). Teză, No. 586, Bucureşti, 24 Martie 1901.

M. Racoviceanu-Piteşti. — Despre cystocelul inguinal. Memoriu, Bucureşti, 1902.

S. Moscovici. — Contribuţiuni la studiul chirurgical al herniilor inguinale cu conţinut rar. Teză, No. 1047, Bucureşti, 17 Decembrie, 1908.

Gh. Rizescu. — Hernia inguinală a băşisei urinare. Teză, No. 1084, Bucureşti, 11 Mai 1909.

Ureterocelul propriu zis — ureterocelul simplu, a fost descris prima dată de către Reichel (1) în 1892:

„Dass in sehr grossen Hernien, zice Reichel, bei sog. Eventrationen sich jedes Eingeweide der Bauchhöhle einmal in einem Bruchsacke finden kann, ist bekannt; dass ein Ureter für sich allein durch den Leistenkanal vorfallen kann, ist, soweit meine Literaturkenntniss reicht, bisher nicht beobachtet worden“.

După dânsul, (în 1897) apar două observațiuni isolate — a lui Gelepke și a lui Imbert, iar în 1898, Brunner (2) în studiul făcut asupra cystocelului, spune că: „Nicht nur die Blase, sondern ein, ja beide Ureteren können auserhalb der Bauchhöhle gezerrt sein und jenseits der Bruchpforte in die Blase einmünden. Bei den inquinalen Hernien erklärt sich dies Verhalten durch die Grösse des herniösen Blasentheils, bei der kleineren Cruralhernie, wohl daraus dass in dem Cruralring ein tiefer, näher der Ureterenmündung gelegener Theil der Blase eintritt“.

Acelaşi lucru îl confirmă şi Mastrosimone (1909) în studiul său asupra herniei. „Come testè si è detto, zice dânsul, in qualche rara contingenza insieme alla vescica può erniare anche l'uretere“.

In 1899, Boari, Galeazzi, Vivenza, Becker, iar mai târziu, Mariotti (1903), Rolando (1904), Hartwell (1904), Dalla Rosa (1904), Bozzi (1904), Muscatello (1904), publică observațiuni de hernia ureterului, însoțite de frumoase comentarii.

In 1905 A. Carli (3) face cea mai complectă lucrare asupra acestei chestiuni, adunând și comentând cele 11 cazuri cunoscute până atunci.

In 1907, Fr. Brunner, Meissner, Galassi, aduc reale contribuțiuni la hernia ureterului și tot în 1907 avem de înregistrat cazurile lui Dall' Acqua, Oliva; în 1908, avem publicate cazurile lui Caneva, Santucci, Zanini, Caccia, Boari, Migrisoli.

---

(1) P. Reichel — Ueber hernienartigen Vorfall eines Ureters durch Leistenkanal.—XXI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 9 Iuni 1892.

(2) Fr. Brunner. — Ueber harnblasenbrüche. Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1898, Bd. 47, S. 121 — 186.

A. Carli (Pavia). — Ueber die Harnleiterhernie. Archiv für klinische Chirurgie, 1905, Bd. 76, S. 1078 — 1099.

Istoria acestei chestiuni încheie înaintea mea, cu studiul de alt-fel destul de încomplect, al lui Caccia (1), în care acesta citează 22 cazuri streine, şi dă două observaţiuni personale. Alături de câte-va consideraţiuni generale asupra ureterocelului, autorul relatează câte-va cercetări anatomice şi experimentale personale.

Cazul pe care l'am comunicat societăţei de urologie (2) şi care m'a îndemnat la alcătuirea acestei lucrări, este, după cât pot şti, ultimul în literatură şi primul caz de acest gen la noi în ţară.

In afară de cazurile de ureterocel, publicate împreună cu herniile vesicei (Alessandri), şi afară de acele nepublicate, sau cari vor fi trecut complect neobservate, am găsit în literatura medicală 29 cazuri, ale căror observaţii rezumate iată-le:

1. Leroux.

B. de 54 ani, a intrat în ziua de 3 Iulie 1879 în serviciul profesorului Verneuil, pentru o voluminoasă hernie inguino-scrotală dreaptă. Hernia datează de 9 ani şi o menţine redusă printr'un suspensor.

De 6 săptămâni micţiunea a devenit frecventă, dificilă, şi se simte obosit. Hernia, spre bază, prezintă o rezistenţă şi o duritate notabilă, iar restul e moale. Spre partea antero-internă a tumorei se simte prin percuţie o matitate intensă, restul sonor.

Se crede că hernia conţine intestin şi epiploon şi că matitatea este datorită prezenţei de lichid în sac. Disuria şi dispnea atrag mai cu seamă atenţiunea. Dificultatea de a urina e atribuită retracţiei penisului înglobat în tumora herniară. Nu s'a gândit nici un moment la posibilitatea existenţei unui cystocel.

Bolnavul urinează, în 24 ore, 400 gr. de urină limpede, neutră, care nu lasă nici un depozit şi nu conţine nici zahăr nici albumină. Mica cantitate de urină, dispnea şi diarhea, asociate la o scădere de temperatură de 36°, fac să se gândească la existenţa unei uremii de cauză nedeterminată, stabilind ast-fel diagnosticul de nefrită interstiţială şi uremie.

Durerea în regiunea renală stângă pare a confirma diagnosticul. A doua zi apare o congestie la bază; urina se suprimă, faţa devine anxioasă, temperatura sub normală se menţine. Spre seară micţiunea se face, însă bolnavul e în sub delir. Această stare ţine 3 zile, algiditatea se pronunţă din ce în ce şi bolnavul sucombă nefrită inter fără cea mai mică convulsiune.

Autopsia. După ce s'au secţionat bursele, s'a incizat în lungimea lui sacul herniar care conţinea:

O tumoră de volumul unui cap de fetus la termen, care nu e altceva de cât beşica distinsă prin mai mult de 1.000 gr. urină limpede, transparentă, fără miros.

---

(1) Ph. Caccia. — L'Ureterocèle.—Archives générales de chirurgie, 1909, T. IV, No. 10, pag. 991 — 998.

(2) V. Gomoiu. — Un caz de ureterocel paraperitoneal.— Cercul de studii genito-urinare, Bucureşti, 26 Noembrie 1909.

amoniacal. O masă mai voluminoasă—formată de cec, colon ascendent, mai multe anse de intestin subţire şi epiploon, care adera de vârful sacului. Cam 500—600 gr. de un lichid gălbui. Porţiunea herniată a beşicei se afla conţinută în sacul herniar şi este acoperită de peritoneu pe toată suprafaţa sa. Beşica nu a contractat de cât uşoare aderenţe fibroase cu epiploonul. Orificiul inguinal intern are 8 cm. de diametru şi organele trec liber printrânsul.

Beşica se angajase pe faţa sa posterioară, atrăgând (în descindere) ureterele, şi modifica poziţiunea prostatei.

Peritoneul căptuşeşte toată suprafaţă herniată a beşicei, ast-fel că avem o invaginaţie a beşicei, acoperită de peritoneu într'un sac preexistent.

Rinichii sunt atrofiaţi, ureterele dilatate.

2. Reichel.

Este vorba de un băeat de $9^1/_2$ ani, care, cu 4 ani mai înainte, dobândise o hernie a cărei cauză n'o cunoştea. Hernia lui inguinală se mărise repede, cu toate că purtase bandagiu şi devenise scrotală. Această hernie se reducea numai în parte, căci în totdeauna rămânea în afara inelului inguinal un corp moale, de mărimea unei alune. Sacul herniar se vedea bine a fi în legătură cu testiculul căci la tracţiunea sacului, testiculul urca în sus.

La operaţiune s'a constatat un sac herniar subţire, care s'a rupt uşor în timpul izolărei. Inapoia lui s'a găsit un al doilea sac care adera cu cel dintâi şi cu ţesuturile subjacente şi care a fost luat drept un diverticul şi a fost deschis; s'a scurs atunci cam două linguri de lichid clar, citrin. La izolare, s'a recunoscut că acesta avea forma unei anse (mănuşe) ale cărei capete pătrundeau prin canal iarăşi în abdomen. Extremitatea mediană semăna, subţiindu-se considerabil, cu un cordon tare, rotund, de 3 m. m. diametru, care se perdea în jos şi înăuntru către peretele anterior al basinului. Extremitatea laterală, dilatată, se urca în sus sub forma unui organ tubular, formând o serie de sinuosităţi. Stratul din năuntru semăna cu o mucoasă şi nu era cutat (îndoit). Prin presiunea pe peretele abdominal, se scurgea, din lumenul acestui canal, urină în cantitate abondentă. Era vorba deci de un ureter dilatat printr'o hydronefrosă.

S'a rezecat porţiunea mediană din ureter, al cărei lumen era aşa de subţire că nu permitea introducerea unei sonde şi capătul cel-alt s'a fixat provizoriu la unghiul superior al plăgei. După 4 zile s'a constatat în ipochondrul drept un sac mare hydronefrotic, care s'a golit prin sondarea ureterului. După 7 zile s'a făcut nefrectomia şi bolnavul s'a vindecat perfect.

Aci a fost vorba deci, de o hernie inguino-scrotală oblică externă congenitală, cu un ureterocel inguinal extern simplu.

3. Imbert.

Bărbat de 60 ani, suferea de 20 ani de o hernie inguinală în partea dreaptă. De 10 ani hernia a început să crească repede şi în acelaş timp s'a ivit o mare nevoe de a urina des. Câţi-va ani mai târziu (acum 7 ani) s'a constatat prezenţa unui calcul vesical. S'a făcut abstracţie de operaţiune şi cu timpul (de 6 luni) au survenit ematurii şi apoi incontinenţă.

La examenul clinic s'a constatat în regiunea herniei, o tumoră tare, de mărimea unui pumn, ireductibilă. S'a crezut că este vorba de un hematocel al cordonului spermatic şi s'a golit prin aspiraţiune cu seringa; s'a scurs un lichid cu miros neplăcut. In locul puncţionat s'a făcut un flegmon care a adus moartea bolnavului. La autopsie s'a găsit că toată băşica era angajată în hernie; cea mai mare parte din ureter căzuse împreună cu ea şi s'a găsit în canalul inguinal. In afară de aceasta, s'a constatat nefrită, pyelonefrită şi dilataţiuni kystice ale ureterului.

A fost vorba deci de o hernie inguinală directă, dreaptă, cu hernia ureterului şi a băşicei urinare care conţine un calcul.

4. Gelepke.

Femee, de 63 ani, avea de 25 ani o hernie crurală dreaptă reductibilă; de 3/4 ani dificultate în urinare—trebuia să urineze $^{1}/_{2}$ oră. La 12 Martie 1897, hernia se strangulează şi bolnava intră în spital, cam la 48 ore după strangulare. Hernia avea o ast-fel de conformaţie, ca şi când ar fi fost făcută din mai multe tumori.

La operaţie s'a constatat o hernie „în bisac“ : — un sac era mare cât o nucă şi conţinând lichid peritoneal, iar cel de al doilea, tot aşa de mare, în care s'a găsit o porţiune de intestin cu o parte din perete strangulată aci (hernia lui Littré). Partea inflamată (gangrenată) din intestin a fost invaginată prin cusături şi intestinul a fost redus în abdomen. Izolarea sacului a fost foarte grea, mai ales la partea internă. De odată, către linia mediană apare o deschizătură (cavitate) acoperită cu mucoasă, ceea-ce a făcut să se bănuească imediat vesica urinară. S'a legat imediat sacul ca să nu pătrundă urina în peritoneu.

Degetul introdus în deschizătură, a atins cateterul introdus prin uretră. S'a făcut sutură cu mătase în două etaje. Atunci s'a constatat că ureterul drept era conţinut (aşezat) în hernie şi că şi el a fost prins în legătură cu firul de pe sacul herniar. Vesica a fost lăsată pe loc şi plaga tamponată. Hernia vesicei era desigur preformată şi s'a rupt prin tracţiune.

5. Boari.

Bărbat, de 50 ani; cu doi ani mai nainte dobândise o hernie, a cărei cauză n'o cunoaşte. Ambele regiuni inguinale erau slăbite dar mai ales cea din dreapta; în timpul tusei apărea aci o tumoră de mărimea unui măr care se reducea însă foarte uşor; la percuţie, sunet timpanic. Eliminarea urinei se făcea cu oare care greutate. Bandagiul herniar nu avea nici o acţiune ci provoca dureri abdominale şi turburări urinare.

La operaţiune, care s'a făcut numai în partea dreaptă, s'a constatat aponevrosa muşchiului oblic extern foarte slăbită şi canalul inguinal foarte dilatat. După izolarea cordonului spermatic, se descopere înăuntrul acestuia un sac care eşea prin orificiul extern al canalului inguinal. Sacul herniar avea o formă piramidală, cu baza largă şi întrânsul s'a găsit o ansă de intestin subţire liberă. Peretele anterior al sacului era lipit de băşică, care s'a desfăcut cu băgare de seamă. In momentul când să se pună pensa şi să se lege sacul, s'a simţit cu degetul, la baza sacului, un cordon care era mai tare ca ţesuturile vecine. Acesta trecea în jurul sacului şi se perdea în jos, cu băşica, pe când în sus se continua cu elementele cordonului spermatic. Cu multă uşurinţă, s'a putut atrage acest cordon pe o întindere de 10—12

c. m. și s'a văzut că avea grosimea unei pene de gâscă, cu culoare roză, mai moale și mai gros de cât canalul deferent și cu mici vase pe dânsul; cu degetul nu se simțea nici o pulsațiune. S'a recunoscut a fi ureterul, care se angajase în canalul inguinal împreună cu o porțiune din bășica urinară. Sacul herniar a fost legat, rezecat, bășica și ureterul reduse, și restul operației terminat după metoda Bassini-Postempsky.

Aci a fost vorba, zice autorul, de o hernie inguinală directă dreaptă, cu hernia bășicei și ureterului (laparocele inguinalis).

6. Vivenza.

Este vorba aci de o hernie inguinală dreaptă, directă, parțial reductibilă, la un bărbat, la care s'a găsit un ureterocel și cystocel, combinate, paraperitoneale, varietate inguinală. („Il Policlinico", 1899, p. 45, după Caccia).

7. Galeazzi.

Este vorba de un bărbat de 30—50 ani, atins de hernie inguino-scrotală. La operație s'a constatat, pe lângă bășică care era herniată, un lipom properitoneal, în care cu siguranță a simțit o porțiune din ureter, care a putut să fie urmărit înapoi până dincolo de orificiul intern al canalului inguinal.

Era deci o hernie inguinală cu hernia vesicei și a ureterului.

8. Rossi.

Este vorba de un bărbat de 32 ani, atins de hernie inguinală directă, dreaptă, reductibilă.

Hernia conținea o porțiune din vesică și ureterul. Ureterul, cu convexitatea înainte, era comprimat între vesică și sacul herniar și aderent la peretele lui posterior. După operație bolnavul s'a vindecat complect. (Galassi).

A fost vorba aci de un ureterocel și cystocel, combinate și paraperitoneale, varietate inguinală (Caccia).

9. Becker.

Copil în etate de 3 ani; de un an a dobândit o hernie inguinală, stângă. A purtat bandagiu herniar dar de la un timp a devenit insuficient.

In scrotul stâng se constată o tumoră mare cât un pumn, care se lasă a fi ușor redusă în abdomen. La operație se constată (Prof. Hofmeister) cordonul spermatic întins peste sacul herniar, dar sacul se izolează ușor. Se deschide sacul și se vede că conținutul lui era format de intestin subțire, intestin gros și epiploon. In partea externă a sacului (în afara lui), era o porțiune din colon care căzuse aci și cu care adera. In partea din năuntru, se găsește un lipom, foarte aderent de peretele sacului. Prin palpare s'a constatat că masa grăsoasă repauzează ca pe o perină pe un organ moale care se afundă în abdomen. Preparând această masă grăsoasă pentru a examina organul subjacent, de o dată apare un cordon lung de $2^1/_2$ ctm. și gros ca o pană, așezat oblic de sus în jos; la partea posterioară acest cordon se afundă în organul lipomatos. Se bănuește a fi vesica și ureterul. Se introduce atunci un cateter și astfel se confirmă diagnosticul. Se reduce vesica și ureterul, se reduce colonul, se leagă și se rezecă sacul herniar, se termină operația hernie după proc. Czerny.

Diagnostic: Cystocel mixt, complicat prin participarea ureterului stâng.

10. Mariotti.

Femee, de 36 ani; de 2 ani suferea de o hernie crurală stângă reductibilă, care-i provoca dureri abdominale violente. Urina se elimina în cantitate normală. La operațiune, s'a dat imediat peste o glandă voluminoasă așezată înaintea sacului herniar și care era învelită de un lipom preherniar. La izolarea sacului herniar, trăgând de el pentru a-l libera de aderențele care-l uneau cu inelul crural, a apărut la partea lui superioară un cordon, de grosimea unei pene de gâscă, foarte tare și colorat în rosa. Pentru a-l putea examina mai bine, s'a atras — lucru ce s'a obținut foarte ușor — o porțiune din el, lungă de 7—8 ctm. și s'a putut constata că, cu o parte se ducea în sus și în afară în țesutul subperitoneal iar cu cealaltă se ducea în jos și înăuntru către bășică. Grosimea lui, lipsa ori-cărei pulsații, senzația tactilă a unui organ gol, direcțiunea și situația lui în țesutul subperitoneal, au făcut să se recunoască că acesta era ureterul. S'a liberat de toate aderențele și s'a redus ureterul în abdomen, iar restul operațiunei a fost terminat după metoda Salzer-Novaro. In noaptea următoare bolnava a avut un atac de hydronefrosă, cu dureri în ipochondrul stâng și scădere considerabilă a cantității de urină. In ziua următoare, accesul a trecut spontan și a fost urmat de o descărcare a unei cantități mari de urină. Restul s'a petrecut absolut normal și bolnava s'a vindecat.

A fost vorba deci de o hernie crurală stângă, reductibilă, cu un ureterocel simplu.

11. Hartwell.

Este vorba de un bărbat de 26 ani, care a venit să fie operat pentru o hernie inguino-scrotală ce data de mai mulți ani și care, de un an devenise ireductibilă. Hernia era așa de voluminoasă că, în decubitul dorsal al bolnavului, măsura 8×5 zoll, iar când stă în picioare ajungea până la jumătatea coapsei și-i făcea mersul imposibil.

S'a făcut o incizie de 6 zoll — pe tumoră, tăind pielea și fascia până la sac. Țesuturile s'au liberat ușor înainte și pe lături, dar înapoi erau fixate prin aderente puternice. Conținutul sacului era format de cecum cu apendicele, o porțiune din intestinul gros și 10 zoll de intestin subțire; peritoneul adera bine de cecum. Inapoia și în afara acestei hernii, s'a găsit un cordon rezistent căruia i se putea recunoaște un lumen. Acesta avea un lumen de $^1/_2$ ctm. și o lungime de 6 zoll și se prezenta sub forma unei anse ale cărei capete, trecând prin dosul gâtului herniar, pătrundeau în basin. Neputând fi urmărit mai departe, era îndoială dacă acèsta era un ureter căzut sau o venă dilatată.

Din cauza aderențelor, operația a durat mult timp. Cordonul a fost împins în sus și redus în pelvis, sub peritoneu. La sfârșitul operațiunei, starea bolnavului era deci destul de grea, și după 12 ore a sucombat.

La necropsie s'a constatat că era vorba de o hernie a ureterului, atras în burse probabil prin căderea intestinului — căci era o hernie prin alunecare. Rinichiul corespondent era sediul unei hidronefrose mari. Obstrucțiunea a fost probabil intermitentă căci întinzând ureterul, urina curgea ușor în beșică.

A fost vorba deci, de o hernie inguino-scrotală oblică externă, cu un ureterocel simplu inguinal extern.

12. Rolando.

Femee de 27 ani, vine pentru a fi operată de o hernie crurală stângă, reductibilă. Fără antecedente patologice.

La operaţiune s'a găsit un lipom preherniar, după îndepărtarea căruia s'a găsit sacul herniar. Pe faţa din afară a sacului apare un cordon dur, de culoare închisă, de grosimea unei pene de gâscă şi învelit cu grăsime. Prin tracţiunea pe sac, se reuşeşte ca să se scoboare în jos acest cordon, liberându-l pe o distanţă de 6 ctm. Cordonul trecea în ansă larg deschisă şi se perdea în ţesutul celulo-grăsos sub peritoneal. Caracterele anatomice şi direcţiunea lui au făcut să fie identificat cu ureterul. După ce s'a legat şi s'a rezecat sacul herniar cât mai sus posibil, bontul s'a împins în abdomen împreună cu ureterul şi cu grăsimea ce-l înconjura. S'a închis canalul crural, prin suturarea arcadei crurale. Vindecare.

Aşa dar, aci era vorba de o hernie crurală, stângă, reductibilă, cu hernie ureterală simplă.

13. Rolando.

In acest al doilea caz, aproape identic cu primul, a fost vorba de o doamnă în etate, suferind de hernie crurală dreaptă, epiploică, nereductibilă, în care s'a găsit ansa ureterului la partea externă a sacului, fără hernia băşicei; ureterul era normal şi a fost redus. (după Galassi).

14. Bozzi.

O femee de 52 ani, se prezintă cu o hernie crurală dreaptă ireductibilă. La operaţiune s'a găsit un lipom presacular, care îmbrăca un sac mic şi subţire; pe dinafara acestuia se simţea un cordon tare. Desfăcând grăsimea, s'a pus în evidenţă un cordon în forma unei anse, cu arcul foarte deschis, mergând în jos până la fundul sacului herniar, de care adera aşa de bine în cât abia cu mare greutate a fost desfăcut. După legarea şi ablaţiunea sacului s'a căutat cordonul herniat, care se credea a fi ureterul, pentru a'l reduce în abdomen; dar, fiind-că aceasta nu se putea executa bine, s'a făcut o inciziune în ligamentul lui Fallope, s'a izolat cordonul de grăsimea care 'l învelea şi s'a constatat că el mergea la rinichi. S'a redus cordonul cu îngrijire, aşa ca să nu facă nici un unghi ascuţit.

Diagnosticul autorului a fost de: hernie crurală stângă, epiploică, ireductibilă, cu ureterocel simplu.

15. Muscatello-Carli.

Bărbat în etate de 63 ani, fără antecedente potologice. Una din fetele lui a fost operată de hernie crurală. Boala lui data de 2 ani. In urma unei sforţări i-a apărut în regiunea crurală dreaptă o mică tumoră, care se reducea uşor prin presiune sau în decubit, pentru a reapare în staţiune. Cu degetul se simte inelul crural profund şi se poate pătrunde într'însul. In timpul tusei, al sforţărilor, tumora ajunge mărimea unui ou; ea are o consistenţă moale, o sonoritate întunecată şi este indoloră.

La operaţie, după secţiunea pielei şi a fasciei, se ajunge pe un sac mic învelit de două lipome preseroase. După îndepărtarea lipomelor şi izolarea sacului, al cărui gât era unit cu inelul crural, se descopere, în partea posterioară şi mediană a acestuia, un cordon în formă de ansă, aderent. Cordonul are curbura întoarsă în jos, iar extremităţile pătrund prin inelul crural, în abdomen; el are grosimea unei pene de gâscă şi e de o consistenţă mijlocie. S'a izolat cu îngrijire şi s'a constatat că extremitatea lui laterală mergea în sus, înapoi şi în afară, pe când cea mediană, după ce trecea de ligamentul lui Gimbernat, imediat cotea în jos, înapoi şi înăuntru — median, către fundul beşicei; după aspect şi după direcţie s'a recunoscut a fi ureterul. Sacul a fost legat şi rezecat, ureterul redus şi inelul crural închis prin trei suturi verticale cu catgut, cari au unit arcada inguinală cu ligamentul lui Cooper şi cu muşchiul pectineu. Nici o turburare urinară după operaţie. Vindecare.

A fost vorba, zice autorul, de o hernie crurală dreaptă reductibilă, cu ureterocel simplu.

16. Muscatello-Carli.

Femmee, de 50 ani, fără antecedente patologice. De mult timp remarcase în regiunea crurală prezenţa unei tumori mici, dar care nu-i cauzase încă nici o jenă şi bolnava o luase drept un ganglion. Işi aminteşte numai că, atunci când sta culcată în pat, tumora dispărea.

De 15 zile, în urma unei sforţări, umflătura a devenit persistentă şi dureroasă. In ultimile zile s'a părut bolnavei că umflătura a devenit mai mare, mai proeminentă; în acelaşi timp a constatat o micşorare a cantităţei de urină şi a simţit arsură la băşică.

La intrarea în spital, se constată în regiunea crurală stângă, o tumoră de mărimea unui ou de porumbel. In timpul tusei şi la ridicarea în picioare, aceasta nu prezintă nici o mişcare de expansiune vizibilă. La palpaţie tumora era tare, limitată, ovoidă, netedă, elastică şi era dureroasă la presiune. Tumora poate fi puţin mobilizată pe baza ei şi se poate reduce în canalul crural dar nu poate fi redusă în abdomen. In timpul tusei se măreşte prea puţin. Tumora este mată la percuţie.

La operaţie, după ce se tae pielea şi fascia superficială, se dă peste o tumoră herniară formată din mai multe lipome preseroase, în parte aderente. Sacul herniar mic, închide o porţiune de epiploon foarte aderent. Gâtul sacului are o lărgime cât degetul mic, şi aderă puternic la inelul crural. La izolarea sacului, se constată la partea lui posterioară, un cordon în formă de mănuşe (ansă) moale, depresibil şi înconjurat de grăsime.

Se incizează arcada crurală, se izolează bine sacul şi se liberează ansa cordonului de aderenţele cu acesta. Atunci se constată că capătul lateral (extern) al ansei merge în sus şi apoi în basin, iar capătul median se duce înapoi şi înăuntru trecând pe lângă ligamentul lui Gimbernat.

S'a atras acest cordon pe o întindere de 6 ctm. şi s'a văzut că numai porţiunea aderentă de sac era moale şi subţire, pe când porţiunile abdominale (cea internă ca şi cea laterală) erau mai groase şi mai consistente.

Tracţiunea pe capătul median aduce afară un corp moale, care nu este altceva de cât băşica, şi atunci s'a putut uşor recunoaşte că cordonul în ansă este ureterul, care la început fusese luat drept ligamentul rotund.

S'a deechis sacul herniar, s'a rezecat epiploonul aderent, s'a rezecat sacul şi baza s'a închis cu catgut. Cordonul ureteral a fost împins în pelvis. Orificiul crural s'a închis după metoda Delagenière.

După operaţie se produce o descărcare urinară abondentă şi dispare ori-ce turburare vesicală. Vindecare per primam.

Aci era vorba deci de o hernie crurală, epiploică, stângă, ireductibilă, cu o hernie ureterală simplă.

17. **Dalla Rosa.**

Femee, de 48 ani, suferea de 3 ani de o hernie inguinală, pe care o dobândise în urma sforţărilor provocate de o tuse violentă, timp de mai multe luni. Hernia era reductibilă şi nu producea turburări extraordinare.

La operaţie s'a constatat că era vorba de o hernie directă. Sacul herniar prezenta trei gâtuituri şi la partea lui internă se găsea alipit un fel de lipom, care prin aspectul lui fibros, prin bogăţia în vase şi grosimea lui, părea a fi o porţiune extra peritoneală din băşica urinară. După izolarea acesteia de sacul herniar, s'a constatat un cordon de grosimea unei pene de gàscă, alburiu şi fără pulsaţiuni, care se angaja între porţiunea de vesică descrisă şi partea internă a sacului herniar, descriind un fel de curbă în C, cu convexitatea în afară — o ansă, al cărei capăt extern se perdea sub peritoneu, urcând în abdomen. Ambele capete erau depărtate cu 2 ctm. între ele. Trăgând de capătul superior, s'a mai scos încă o porţiune de 3 — 4 ctm. care păstra aceleaşi caractere. Capătul inferior era în legătură cu băşica. Organul acesta s'a recunoscut a fi ureterul. S'a redus împreună cu băşica şi s'a închis canalul după metoda **Bassini**. Vindecare perfectă.

A fost vorba deci de o hernie inguinală directă, dreaptă, cu hernia vesicei şi a ureterului.

18. **Dall' Acqua.**

Femee, de 45 ani, care purta o hernie inguinală stângă, dobândită, reductibilă având mărimea unui ou de găină şi care nu producea pacientei nici o turburare. Canalul inguinal era scurt şi mult lărgit.

La operaţie s'a găsit hernia formată din două sacuri — unul ventral şi cel'alt dorsal; unul avea mărimea unei nuci şi prezenta nişte pereţi foarte subţiri, iar cel de al doilea sac avea un gât deosebit şi comunicau cu marea cavitate peritoneală printr'un orificiu comun. Amândouă sacurile erau învelite până la fund de o masă grăsoasă — adevărat lipom, care separa întreg sacul ventral de ligamentul rotund. Afară de aceasta, pe faţa externă a gâtului sacului, se observă un cordon alburiu, gros ca o pană de gâscă fără pulsaţiuni, care cobora cu vre-o 2 ctm. din canal, şi care era învelit cu o masă abondentă de grăsime preherniară. Acesta forma o ansă în C, cu convexitatea înainte şi concavitatea către cavul abdominal, dispus aproape orizontal — puţin înclinat de sus în jos şi din afară înăuntru, uşor de separat de ligamentul rotund. S'a recunoscut a fi ureterul şi s'a reîntrodus în abdomen. Restul operaţiunei s'a făcut după procedeul **Bassini**. Bolnava s'a vindecat complect.

19. **Meissner.**

Este vorba de un băiat de 3 ani jum., care a fost adus spre a fi operat de o hernie inguinală stângă congenitală.

După declaraţia mamei, copilul fusese tot-deauna slab şi bolnăvicios. Avea din când în când turburări în eliminarea urinei. Hernia a apărut aproape îndată după naştere. După recomandaţie medicală, la etatea de un an i s'a pus un bandagiu herniar, care în curând a devenit insuficient din cauza mărirei herniei.

Se constată la examen că copilul era foarte anemic, scheletul și musculatura erau foarte slab desvoltate; el pare în totul a fi cu doi ani mai mic de cât etatea reală. Este rachitic. In jumătatea stângă a scrotului are o tumoră cât un ou de gâscă — o hernie, care în cea mai mare parte se reduce ușor. După reducere, persistă totuși ceva în sac, un organ care seamănă cu o ansă de intestin subțire și care nu se poate reduce de loc.

Operația s'a făcut după procedeul Bassini modificat de Auschütz. După ce s'a închis gâtul sacului — prin sutura în pungă, s'a constatat, înapoi și în afara sacului herniar, un organ tortuos (sinuos), de grosimea degetului mic, acoperit de peritoneu, puternic fixat de el, care semăna cu un intestin; s'a deschis și din el s'a scurs o mare cantitate de lichid alb-gălbui, clar, fără miros, care a fost luat drept lichid seros. Explorând cu sonda, s'a crezut că este vorba de un hidrocel inchistat al cordonului spermatic și cu atât mai mult cu cât peretele intern al acestui sac prezenta turburări inflamatorii cronice. Atunci s'a spintecat întreg sacul, s'a răsturnat și s'a fixat prin suturi; după aceea, sutură sagitală, sutura fasciei, sutura pielei. In seara operației, eliminarea urinei a fost dificilă, dar totuși s'a făcut spontaneu, însă în mică cantitate. In ziua următoare, scrotul stâng devenise foarte edemațiat. Edemul a progresat continuu și în zilele următoare a cuprins scrotul opus și penisul.

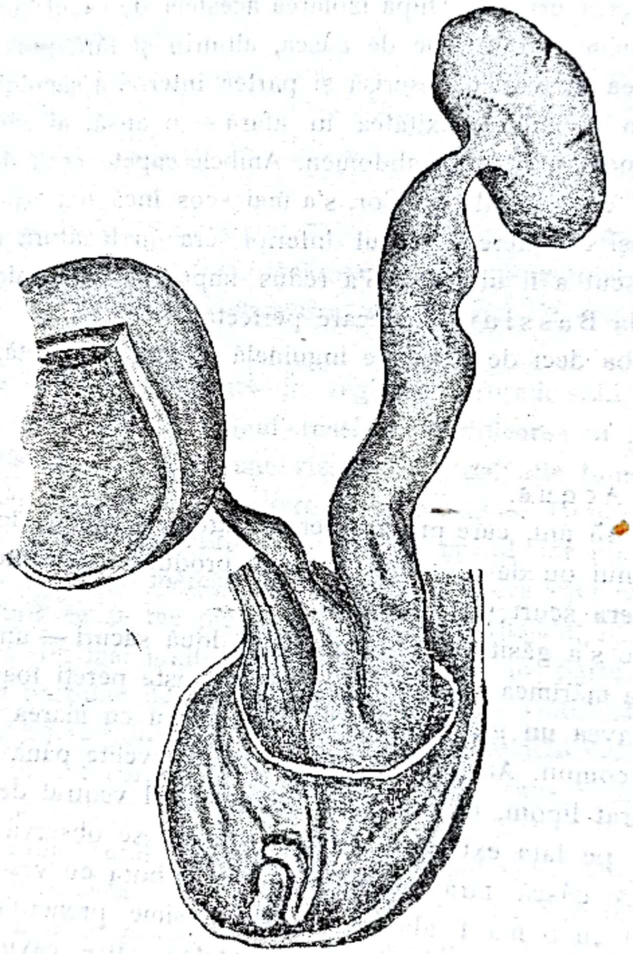


Fig. 1.

La 4 zile după operaţie, s'au scos firele; din partea inferioară a liniei de sutură s'a scurs o cantitate considerabilă de lichid clar ca apa. După acea edemul a scăzut puţin.

La 5 zile după operaţie, starea pacientului este foarte gravă; extremităţile reci, edemul la scrot şi penis iarăşi pronunţat, în urină multă albumină (2 °/₀₀). Urinarea spontană. In tot timpul nu s'a observat nici o ascensiune termică. Noaptea bolnavul sucombă.

La *necropsie* se constată că scrotul — mai cu seamă în jumătatea stângă, este foarte întins şi edemaţiat. După deschiderea cavităţei abdominale, se constată în fosa iliacă stângă o deschidere strâmtă prin care, cu ajutorul unei sonde, se pătrunde în scrot. Acest loc dovedeşte prezenţa unei deschideri peritoneo-abdominale în toată lungimea canalului inguinal, care nu s'a închis, deci — procesul peritoneo-vaginal a rămas neobliterat. De asemenea şi în dreapta, procesul vagino-peritoneal a rămas deschis. În fundul procesului vagino-peritoneal stâng se constată testiculul şi epididimul. In afară şi înapoia canalului deferent şi a sacului peritoneal, se constată capetele secţionate ale ureterului, în ansă: partea de dinnapoi (coborândă), e închisă, iar capătul din 'nainte (urcând) este larg deschis. Lumenul acestei anse ureterale măsoară 1 — 1 ½ ctm. Porţiunea suindă e mai scurtă de cât cea coborândă, şi are un perete gros. Fusese deci secţionată porţiunea de ureter care eşise din canalul inguinal.

Rinichiul stâng este ceva mai micşorat, capsula se deslipeşte cu greu. Basinetul e mic, iar ureterul este enorm dilatat, aşa că pe la mijlocul cursului său atinge un diametru de 2 ctm. şi păstrează aceste dimensiuni până la intrarea in canalul inguinal. Tortuositäţile ureterului fac imposibilă cateterizarea ureterului.

Rinichiul drept are un abces de mărimea unei cireşe. Ureterul drept şi el foarte dilatat, ca un intestin de copil, măsura 3 ctm. în diametru. Vesica este ipertrofiată şi dilatată.

20. Provera-Oliva.

Femee, de 24 ani, suferind de hernie crurală dreaptă, reductibilă.

La operaţie se constată un mic lipom preherniar, care s'a liberat uşor de sac. Pe la partea lui externă acest lipom e încins de ansa unui cordon cilindric, de culoare rozată, având grosimea unei pene de gâscă şi care, trecând înăuntrul sacului herniar, reintra în basin. Pentru a se asigura de drumul acestui cordon, s'a incizat arcada crurală, şi, exercitând o uşoară tracţiune pe sac, s'a văzut apărând la partea lui internă, o porţiune din vesică, la care se termina capătul cordonului şi care apărea rozată şi dilatată. Capătul extern al ansei se perdea în ţesutul celular subperitoneal. Nu mai era nici o îndoială că era vorba de o hernie a ureterului, cu prolabarea vesicei, produsă prin tracţiunea exercitată pe sac. Ureterul şi vesica au fost reduse în basin şi apoi s'a făcut cura radicală pentru hernie. Bolnava s'a vindecat perfect şi n'a prezentat nici o turburare din partea vesicei şi a rinichiului drept, care se prezenta întru cât-va scoborît.

21. Fr. Brunner.

Bărbat, de 41 ani, cu hernie inguinală care datează din naştere.

In staţiunea în picioare, jumătatea scrotului dobândea mărimea unui pumn. Tumora se reducea uşor iar în poziţia culcată dispărea singură. Neputând suporta un bandagiu herniar, de 10 ani bolnavul purta un suspensor, fără de care nu putea merge.

Starea generală a bolnavului e perfectă. Urinele nu conțin nimic pathologic.

In timpul stațiunei se simte în scrot un cordon care vine din inelul inguinal subcutant și după ce descrie o ansă se urcă înapoi în canalul inguinal. Deasupra testiculului se simpte perfect limita (marginea) inferioară rotundă a sacului herniar. S'a crezut la început că este vorba de un varicocel, dar în urmă s'a afirmat o hernie inguinală.

La 11 Martie 1907 s'a făcut operația, prin procedeul Bassini. După spintecarea oblicului extern și izolarea cordonului, s'a simțit iarăși marginea rotundă a sacului herniar.

După spintecarea tunicei vaginale comune, s'a căutat a se izola sacul herniar, și atunci s'a observat bine prezența acelui cordon (organ subțire) care adera cu sacul, fără să aibă însă nici o conexiune cu testiculul. Acest organ avea aparența unei anse de intestin aproape de grosimea degetului mic, fără mezenter și neacoperită de peritoneu — așezată aproape complect extraperitoneal. Peritoneul abdominal nu este deschis nicăeri și la o revizuire amănunțită nu se poate găsi nici o urmă de înfundare peritoneală, de sac herniar.

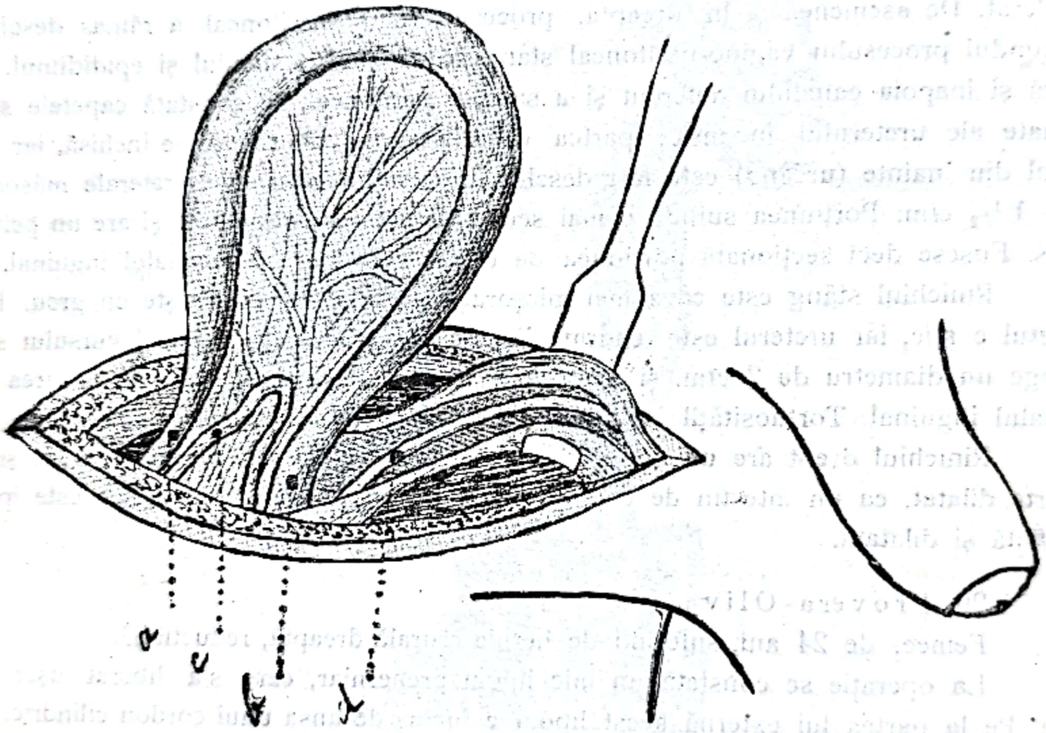


Fig. 2.

S'a recunoscut imediat că este vorba de ureter, care, eșind din inelul inguinal, mergea alături cu cordonul și tunica vaginală, formând o ansă lungă de 20 ctm. și apoi reintra în canalul inguinal.

Extremitatea (porțiunea) laterală a ansei are grosimea aproape a unui creion și imediat ajunge la grosimea degetului mic. Pe porțiunea laterală subțire, și mergând din afară înăuntru, se constată contracțiunile ureterale. In porțiunea mai groasă a ansei nu apare nici o contracțiune, dar din când în când ea devine în întregime mai tare.

După tracţiunea ansei ureterale, la baza ansei, se constată un alt cordon *(c)*, gros de 4 mm., care prezintă aceleaşi dimensiuni şi forma unui vierme, în toată lungimea lui. Acest cordon este pe jumătate mai subţire de cât ansa cea groasă; — pereţii lui par foarte groşi dar lumenul e subţire. El nu coboară prea mult înscrot şi ocupă mai ales interiorul cavităţei abdominale, din care nu iese de cât sub influenţa unei tracţiuni puternice. Este vorba de un al doilea ureter. Canalul deferent *(d)* nu are nici o legătură cu cele două uretere *(b, c)*.

S'a încercat să se repună ureterul în cavitatea abdominală, prin inelul inguinal, dar nu s'a reuşit fiind-că ureterul adera în mai multe locuri şi mai cu seamă fiind-că nu era spaţiul necesar. Atunci s'a hotărât rezecţia şi sutura (anastomosa) ureterului. Ramura laterală (externă) a ansei a fost prinsă cu o pensă şi s'a rezecat o porţiune de 12 ctm. de ureter. S'a făcut anastomosa celor două capete ale ureterului secţionat, prin cusătură cu mătase fină şi cu un ac rotund de intestin. După aceea, invaginarea s'a putut face destul de uşor, introducându-se ureterul prin canalul inguinal şi aşezându-se sub peritoneu. S'a introdus o bandă cu tifon iodoformat în plagă, până la nivelul cusăturei; s'a cusut apoi muşchiul oblic extern şi pielea pe deasupra, punându-se şi un dren de sticlă. Mersul postoperator a fost normal: Temperatura n'a trecut de 37^8. In primele ore după operaţie şi chiar în cele 14 zile consecutive, urinele au fost sanguinolente. In a 8-a zi, s'a suprimat drenul; plaga era curată.

După 30 zile totul era vindecat: Urinele clare şi în cantitate normală; nici un semn de hydronefroşă în dreapta; Plaga complect cicatrizată.

Cercetările microscopice au arătat o îngroşare considerabilă a stratului muscular şi o subţiere a mucoasei la nivelul dilatațiunei.

22. Caneva.

Este vorba de o hernie inguinală stângă, dobândită, ireductibilă, în care s'a găsit un ureterocel simplu paraperitoneal (Ospedale Maggiore, 1908, No. 2, — după Caccia).

23. Galassi.

O tânără M. C., în etate de 17 ani, de constituţie robustă, purta de câţi-va ani o hernie crurală dreaptă, de volumul unei nuci mari; hernia era uşor reductibilă şi procura bolnavei dureri moderate.

Supusă la operaţie, se constată la izolarea sacului, că gâtul acestuia era înconjurat cu o masă de grăsime; examinând aceasta, se constată aci prezenţa unui cordon rotund care trecea înaintea sacului, din afară înăuntru şi de sus în jos, făcând o ansă cu convexitatea în jos şi înainte şi care s'a mărit prin tracţiunea pe sacul herniar, de care adera. Cordonul avea grosimea unei pene de gâscă, era rozat, fără contracţiuni, şi găurit (tubulat). După ce s'a recunoscut că este ureterul drept, s'a redus în abdomen, luându-se precauţiunea de a nu-l prinde în firul (legătura) pus pe gâtul sacului. S'a închis orificiul crural. Plaga s'a vindecat prin prima intenţie (cazul este din spitalul Scansano, serviciul d-rului A. Santucci).

24. Caccia.

R., militar, cânta din trombon. Tatăl său a suferit de hernie. Doi fraţi ai săi, din cei trei, au fost operaţi de hernie. De opt luni are dureri inguino-crurale în dreapta, când cântă. Medicul i-a dat un bandaj herniar, dar acesta îl jenează. Ceva mai mult, bolnavul are turburări urinare; în urma micţiunilor are dureri timp de o jumătate de oră. Păstrează mult timp urina.

La examenul local: tumefacţiune în regiunea crurală dreaptă; în timpul sforţărilor e mare cât un ou de porumbel şi reductibilă.

Operaţia. — Anestezia morfino-cloroformică. Metoda operatoare a lui Ruggi, hernia fiind puţin voluminoasă şi recentă. Izolând sacul, se găseşte un lipom preherniar care conţine o mică masă anormală; aceasta nu era de cât vesica, după cum se văzu prin cateterism. In jos şi în afara lipomului, şi aderent de el, se găseşte un cordon care formează o ansă destul de largă cu convexitatea în jos şi care merge către abdomen. Partea mijlocie era aderentă, dar partea externă putea fi atrasă în plagă, pe o lungime de 8 ctm.; volumul său era uniform — asemenea unei pene de gâscă; avea consistenţa unui cordon gol, întins, pulsabil. Partea mijlocie se dirija către vesică, partea externă se îndrepta în sus şi în afară în grăsimea sub-peritoneală. Nu exista un sac herniar. Se face ablaţiunea lipomului, respingerea vesicei şi a ureterului în pântece, fără a le coase. Se reconstituesc pereţii după metoda lui Ruggi-Durante. Vindecare fără turburări urinare consecutive.

25. Caccia.

B., 40 ani; de 4 ani are hernie inguinală dreaptă; de 3 ani hernie inguinală stângă; ambele menţinute printr'un bandaj; micţiuni sanguinolente din timp în timp. Starea actuală: când stă în picioare, herniile se coboară până în scrot. Inelele inguinale sunt foarte lărgite.

Operaţia. — Anestezie lombară cu stovaină. La stânga, se găseşte sacul foate voluminos şi o grămadă de de grăsime aderentă de sac, de mărimea unei nuci. In mijlocul său se găseşte un cordon aderent înapoia sacului. Se izolează uşor acest cordon pe o lungime de 6 ctm. El are volumul unei pene gâscă, de culoare roz, cu vascularizaţiuni; el se scoboară în formă de ansă cu convexitatea în jos, îndreptându-se înăuntru către vesică; e un cordon gol şi fără pulsaţiuni — ureterul. Operaţiunea după procedeul Bassini. Vindecare. De atunci hematuriile nu s'au mai reprodus.

26. Migrisoli.

In acest caz, comunicat oral lui Caccia, de către prof. Boari, era vorba de un ureterocel (asupra căruia autorul nu dă nici un detaliu).

27. Zanini.

Este vorba iarăşi de un caz de hernia ureterului (în Osp. maggiore — Riv. scient). dar a cărui observaţie clinică nu mi-am putut-o procura.

28. Boari.

Hernie inguinală dreaptă directă; ureterul traversa transversal (în semi-cerc) canalul inguinal deformat—trecând înaintea sacului peritoneal. Ansa descrisă avea o lungime de 7—8 ctm.; la presiune îşi mărea volumul şi se congestiona, fără pulsaţiuni, fără contracţiuni. Ea era sub-peritoneală. Puncţiune cu seringa Pravaz, apoi se face o injecţie care trece în vezică. Bolnavul avea colici nefritice în partea corespondentă, cu hidronefroză intermitentă, datorită poate torsiunei ureterului sau compresiunei sale când eşea hernia; aceasta ar fi putut să servească la punerea diagnosticului.

29. *Observaţie personală.*

Este vorba de un soldat, M. N., de 21 ani, care fusese trimes în serviciul nostru la 4 Noembrie 1909, spre a fi operat de o hernie inguinală dreaptă.

Din observaţia clinică, aşa cum era redactată, nu reeşea alt-ceva de cât că acest bolnav suferea de o hernie inguino-scrotală, incomplect reductibilă. Desvoltarea fizică şi intelectuală înapoiată a bolnavului, era singurul fapt ce atrăgea în deosebi atenţiunea. In special intelectul lui era atât de redus că n'a putut reţine nimic alt-ceva din evoluţia boalei de cât durerile pe cari le simţea în timpul mersului. La operaţie, se constată că era vorba de un hydrocel vaginal, puţin desvoltat, care se prelungea în sus printr'un con ascendent. In mijlocul cordonului spermatic, foarte îngroşat printr'un ţesut celular lax şi grăsos abondent, s'a găsit un sac herniar cu pereţii forte aîngroşaţi; fundul sacului e larg şi îmbracă conul hidrocelului, iar baza de asemenea e largă. La partea posterioară a acestui sac, s'a constatat prezenţa unui cordon rotund de grosimea unei pene de gâscă care forma o ansă. Caracterele anatomice, sprijinite de faptul că una din extremităţile ansei (cea externă) urca în sus în abdomen, iar cea laltă (internă) cobora în pelvis — în jos şi înăuntru, înapoia pubisului, ne-au permis, după cele cunoscute, să recunoaştem că aveam de a face cu ureterul, pe care l-am redus în pelvis, evitând ast-fel legarea şi secţionarea lui, cu toate consecinţele la care ar fi dat naştere. Bolnavul s'a vindecat fără nici un incident.

Din analiza cât de succintă a acestor observaţiuni se vede bine că, în afară de caracterele generale sau particulare ale herniei în sine, însăşi diferitele ureterocele a parte, prezintă o serie de caractere comune iar altele particulare, cari le deosebesc mai mult sau mai puţin între dânsele.

In 1905, Carli a încercat cel dintâi să stabilească o clasificaţiune — o ordine în studiul acestei afecţiuni, considerând pentru aceasta: locul (regiunea) pe unde a herniat organul, şi faptul dacă ureterul a herniat singur sau în tovărăşia cystocelului.

Aşa, el clasifică cele 11 cazuri cunoscute până atunci, mai întâi în două grupe, pe cari le împarte apoi în alte noi grupe, după cum urmează:

I. Ureterocel simplu:
    A. Inguinal (Reichel, Hartwell);
    B. Crural;
        a) drept (Bozzi, Muscatello);
        b) stâng (Mariotti, Rolando, Muscatello).

II. Ureterocel combinat cu cystocel, (Boari, Dalla Rosa, Imbert, Galeazzi).

Dar, odată cu înmulţirea cazurilor şi faţă cu studiul lor mai amănunţit, această clasificaţiune a devenit insuficientă şi Caccia (1909) face o nouă clasificaţiune, ţinând seamă, pe lângă considerentele de mai sus, şi de raporturile pe cari le afectează ureterul herniat, faţă de sacul peritoneal. El clasifică ureterocelele în felul următor:

I. Ureterocel simplu sau combinat cu cystocel-paraperitoneal:
    A. Ureterocel simplu paraperitoneal:
        a) Inguinal;
        b) Crural.
    B. Ureterocel şi cystocel (combinate) paraperitoneale:
        a) Inguinal;
        b) Crural.
II. Ureterocel simplu sau combinat cu cystocel-extraperitoneal:
    A. Ureterocel simplu extraperitoneal;
    B. Ureterocel şi cystocel extraperitoneal.

De la prima ochire se vede însă acelaşi defect — aceiaşi insuficienţă şi în clasificaţia lui Caccia, ca şi în cea a lui Carli; — foarte bună pentru a cuprinde numărul restrâns de cazuri al lui, ea va trebui însă modificată imediat ce s'ar întâlni o nouă varietate de ureterocel, căci chiar în clasificaţia lui, ureterocelul — fie simplu sau combinat, ar putea fi şi el crural sau inguinal, etc.

Pe când în 1905 Carli susţinea că ureterul nu herniază nici odată singur: „nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens, herniert der Ureter nie allein, sondern begleitet stets einen inguinalen oder cruralen Darm — oder Netzbruch, sich dabei ausserhalb des Bruchsackes haltend", astăzi, cazuri ca al lui Brunner, îl contrazic complect, şi cum afirmă chiar acesta: „dieser Ausspruch ist nun nicht mehr zutreffend"; — ori, tot ast-fel se poate petrece lucrul şi cu cele-l'alte varietăţi de ureterocel.

După puţinele date pe cari le avem până acum asupra ureterocelului — statistica fiind încă atât de săracă, şi mai ales după acea ce ştim asupra herniiler în genere, este pretenţios a stabili o clasificaţiune aşa de fixă cum voeşte Caccia, căci pentru a fi complecţi în această privinţă, trebue să avem în vedere toate regiunile pe unde poate hernia ureterul, toate raporturile ce poate afecta — atât cu seroasa mare abdominală, cu sacul herniar şi cu organele herniate; în sfârşit, trebue să avem în vedere starea lui anatomopatologică, patogenia lui, etc.

Aşa bunioară:

1. Din punct de vedere al locului pe unde herniază, ureterocelul poate fi inguinal sau crural, după cum iarăşi poate fi: obturator, lombar, etc.

2. După cum herniază singur sau în tovărăşia altui organ, ureterocelul poate fi: simplu (Brunner, Meissner, Caccia, Migrisoli); sau poate fi combinat — însoţit sau însoţind hernia altui organ şi anume: se poate însoţi cu un enterocel (Reichel, Rolando, Gomoiu), cu un epiplocel (Muscatello), sau cu ori-care alt organ, după cum mai adesea se însoceşte cu cystocelul (Leroux, Boari, Galeazzi, Guyon, etc).

3. Din acest ultim punct de vedere, ureterocelul s'ar mai putea numi: primitiv — când herniază numai ansa lui (porţiunea mijlocie), şi, s'ar putea numi secundar — când herniază atras de hernia vesicei sau poate chiar a rinichiului (cazuri excepţionale ca al lui Deipser).

4. După raporturile pe cari le are faţă de sacul peritoneal, ureterocelul poate fi: extraperitoneal (Brunner, Caccia, etc.) sau paraperitoneal (majoritatea cazurilor), după cum, ca şi cystocelul (cazul Leroux) ar putea fi intraperitoneal.

5. In aceiaşi ordine de idei, ureterocelul poate fi, faţă de sacul herniar şi de conţinut:— anterior sau posterior, după cum ocupă faţa anterioară sau posterioară a acestuia, adică după cum trece pe dinaintea sacului peritoneal (cazul lui Boari), sau pe dinapoia şi către faţa lui internă (majoritatea cazurilor).

6. După nivelul la care ajunge în coborârea lui, ureterocelul inguinal poate fi şi el inguino-interstiţial, inguino-pubien, sau inguino-scrotal.

7. In sfârşit, ureterul herniat poate fi: normal sau alterat; poate fi liber şi reductibil, sau aderent şi ireductibil. etc., etc.

Din cele arătate, sper a se vedea destul de uşor că putem formula atâtea clasificaţiuni — după punctul de vedere din care considerăm ureterocelul. Veritatea afirmaţiunei mele se va dovedi cu atât mai bine atunci când la mica statistică de azi se vor adăuga treptat cazurile noi şi variate cari se vor întâlni în clinici şi amfiteatre.

Pentru uşurinţa studiului şi a concluziunilor ce se pot trage din această statistică de 29 cazuri, voi încerca să rezum în tabelă observaţiunile descrise:

No. observaţiunei	Bolnavul (sexul şi etatea)	Varietatea herniei	Caracterele herniei	Simptome particulare preoperatorii	DIAGNOSTICUL
					1) Varietatea ureterocelului
1	Bărbat 54 ani	Inguino-scrotală dreaptă	Veche de 9 ani, foarte voluminoasă reductibilă	Micţiune frequentă şi dificilă, dureri renale, nu putea suporta bandagiu	Combinat cu cystocel şi însoţit de cec, colon, epiploon şi intestin subţire
2	Copil 9½ ani	Inguino-scrotală, oblică-externă congenitală	Veche de 4 ani, incomplect reduct.	A purtat bandagiu şi l-a suprimat, ca insuficient	Simplu, însoţit de enterocel
3	Bărbat 60 ani	Inguino-scrotală, dreaptă directă	Veche de 20 ani, mare cât un pumn; ireductibilă	Frequenţă, apoi greutate în micţiune; hematurii	Combinat cu cystocel
4	Femee 63 ani	Crurală dreaptă	Veche de 25 ani, reductibilă	Dificultate în urinare, strangulare de 48 ore	Combinat cu cystocel şi enterocel
5	Bărbat 50 ani	Inguinală dreaptă, directă	De 2 ani, cât un măr, reductibilă	Dificultate în micţiune; bandajiu insuportabil (dureri)	Combinat cu cystocel şi enterocel
6		Inguinală dreaptă, directă	Parţial reductibilă	Comune	Combinat cu cystocel
7	Bărbat 30—50 ani	Inguino-scrotată			Combinat cu cystocel
8	Bărbat 32 ani	Inguinală dreaptă, directă	Reductibilă		Combinat cu cystocel
9	Copil de 3 ani	Inguinală stângă	De un an, cât un pumn; reductibilă	A purtat bandagiu dar a renunţat la el	Combinat cu cystocel, şi însoţit de epiploon, intestin gros şi subţire
10	Femee 36 ani	Crurală stângă	De 2 ani, reductibilă	Dureroasă	Simplu
11	Bărbat 26 ani	Inguino-scrotală, oblică externă	De mai mulţi ani, foarte voluminoasă, ireductibilă	Mersul imposibil	Simplu, însoţit de hernia intestinului (lunecare)
12	Femee 27 ani	Crurală stângă	Reductibilă	Comune	Simplu
13	Femee în etate	Crurală dreaptă	Ireductibilă		Simplu, însoţit de epiplocel
14	Femee 52 ani	Crurală dreaptă	Ireductibilă	Comune	Simplu, însoţit de epiplocel

OPERATOR	Leziuni Anatomo-patologice	Rezultatul	OBSERVAŢIUNI
Situaţia ureterului			
Şi vesica şi ureterul erau intra-peritoneale (basculă)	Vesica destinsă, conţinea 1000 gr. urină, ureterele dilatate; aderenţe cu epiploonul; rinichi atrofiaţi	Moarte (fără operaţie)	Bolnavul fusese luat ca atins de uremie prin nefrită interstiţială. Diagnosticul (cystocel şi ureterocel) s'a pus la necropsie
Paraperitoneal posterior	Sac subţire; ureterul dilatat ca un diverticul vesical; în rest foarte sinuos	S'a legat şi rezecat ansa ureterului; survine hydronefrosă; nefrectomie; vindecare	Ureterul herniat a fost luat drept diverticul sacului herniar, şi s'a recunoscut numai după apariţia hydronefrozei şi intervenţia secundară.
Paraperitoneal	Ureterul f. dilatat (kystic); vezica conţine calcul; pyelo-nefrită	Puncţie cu seringa; supuraţie, flegmon; moarte	A fost luat drept hematocel al cordonului. Diagnosticul adevărat a fost pus la necropsie.
Paraperitoneal, posterior	Hernie în bisac	Se legase ureterul şi s'a liberat; s'a rupt vesica, s'a cusut şi fixat pe loc	Diagnostic confirmat prin cateterism.
Paraperitoneal, antero-extern	Sac larg şi aderent la vesică; ureter normal	S'a redus; vindecare	
Paraperitoneal			
Paraperitoneal			
Paraperitoneal; ureter între vesică şi sacul herniar	Ureter normal; aderenţa sacului cu vesica	Vindecat	
Paraperitoneal	Ureter normal	S'a redus; vindecare	Diagnostic confirmat prin cateterism.
Paraperitoneal	Ureter normal; sacul aderent	S'a redus; hydronefrosă trecătoare. Vindecare.	
Paraperitoneal, postero-extern	Ureterul foarte dilatat, aderenţe intime; hydronefrosă	Moarte	S'a luat ureterul drept o venă dilatată; diagnosticul (ureterocel) s'a pus la necropsie.
Paraperitoneal, postero-extern	Ureterul normal	S'a redus; vindecare	
Paraperitoneal, extern	Ureter normal	S'a redus; vindecare	
Paraperitoneal, extern	Ureter normal	S'a redus; vindecare	

No. observaţiunei	Bolnavul (etatea şi sexul)	Varietatea herniei	Caracterele herniei	Simptome particulare preoperatorii	DIAGNOSTICUL
					Varietatea ureterocelului
15	Bărbat 63 ani	Crurală dreaptă	De 2 ani, cât un ou, reductibilă	Comune	Simplu, cu enterocel
16	Femee 50 ani	Crurală stângă	Veche, mare cât un ou, ireductibilă	Dură, dureroasă; micşorarea cantităţei de urină (de 15 zile), arsuri vesicale	Simplu, însoţit de epiplocel
17	Femee 48 ani	Inguinală dreaptă, directă	De 3 ani, reductibilă		Combinat cu cystocel
18	Femee 45 ani	Inguinală stângă, oblică-externă	Cât oul de găină, reductibilă	Comune	Simplu, însoţit de enterocel
19	Copil de $3\frac{1}{2}$ ani	Inguinală stângă, congenitală	Apărută imediat după naştere; cât un ou de gâscă; ireductibilă	Turburări în eliminarea urinei: totdeauna bolnăvicios; a renunţat la bandagiu	Simplu, însoţit de enterocel
20	Femee 24 ani	Crurală dreaptă	Reductibilă	Comune	Simplu
21	Bărbat 41 ani	Inguin. dreaptă congenitală	De la naştere; cât un pumn, reductibilă	Se simte perfect un cordon (ansă) în scrot; poartă bandagiu	Simplu; ambele uretere herniate la un loc
22		Inguinală stângă	Reductibilă		Simplu
23	Femee 17 ani	Crurală dreaptă	De câţi-va ani, cât nuca, reductibilă	Uşor dureroasă	Simplu
24	Bărbat	Crurală dreaptă	De 8 ani, cât oul de porumb, reductibilă	Hereditate herniară, disurie, cu dureri vesicale, nu poate suporta bandagiul.	Combinat cu cystocel
25	Bărbat 40 ani	Ing.-scrot. stg. oblică-externă	De 4 ani	Uşoare hematurii, suportă bandagiu	Simplu
26, 27					Ureterocel
28		Inguinală, directă, dreaptă	Parţial reductibilă	Colici nefretice, hydronefrosă	Simplu
29	Bărbat 21 ani	Inguin., dreaptă oblică-externă	Parţial reductibilă	Dureroasă în timpul mersului	Simplu, însoţind un enterocel

OPERATOR	Leziuni Anatomo-patologice	Rezultatul	OBSERVAŢIUNI
Situaţia ureterului			
Paraperitoneal postero-intern	Ureter normal	S'a redus; vindecare	
Paraperitoneal, posterior	Ureter normal	S'a redus; vindecare	După reducere s'a produs o descărcare urinară.
Paraperitoneal	Ureter normal	S'a redus; vindecare	
Paraperitoneal, extern	Ureter normal	S'a redus; vindecare	
Paraperitoneal, postero-extern	Ureterul foarte dilatat, cât degetul mic; aderenţe intime	S'a tăiat ureterul şi s'a legat; disurie, edem progresiv, moarte în 5 zile	S'a luat ureterul drept un hydrocel închistat al cordonului. Diagnosticul adevărat a fost pus la necropsie. Cateterism imposibil din cauza tortuozităţilor ureterului.
Paraperitoneal, extern	Ureter normal	S'a redus; vindecare	
Extra-peritoneal	Gros cât o ansă de intestin, lung de 20 ctm., foarte aderent, are contracţii	Reducere imposibilă, s'a rezecat şi anastomosat, apoi redus. Vindecare.	La început s'a luat drept varicocel. Diagnosticul s'a stabilit la operaţie.
Paraperitoneal			
Paraperitoneal, anterior	Ureter normal	S'a redus; vindecare	
Extra-peritoneal, postero-extern	Ureter normal	S'a redus; vindecare, dispariţia turburărilor urinare	Diagnostic controlat prin cateterism.
Paraperitoneal, posterior	Ureter normal	S'a redus; vindecare, hematuria a dispărut	
Paraperitoneal, anterior		S'a puncţionat cu seringa?	
Paraperitoneal, posterior	Ureter normal, sac herniar f. gros şi larg, hydrocel vaginal, cu con ascendent	S'a redus; vindecare	

Această tabelă, mai bine de cât ori-ce comentarii, confirmă cele ce am arătat mai sus.

Ureterocelul a fost găsit atât la tineri (copil de 3 ½ ani) cât şi la bătrâni (63 ani), dar cu predominenţă la etatea matură (peste 20 ani);

De 17 ori a fost găsit într'o hernie inguinală şi de 10 ori într'o hernie crurală. Aceste ţifre atât de diferite în aparenţă, păstrează însă un raport stabil faţă de frequenţa varietăţilor de hernii, aşa că pe baza lor nu putem stabili anume conclusiuni, în favoarea cutărui punct de vedere.

Putem însă să ţinem seamă de faptul că s'a găsit de 16 ori în partea dreaptă şi numai de 8 ori în cea stângă;

De 10 ori a fost combinat cu hernia vesicei (cystocel),—singure sau însoţite şi de hernia altor organe; de 17 ori a herniat fără vesică, dar în compania altor organe; numai o dată a herniat absolut singur;

Din observaţiunile însoţite de detaliile necesare, se vede că ureterocelul a fost găsit atât la bărbaţi (14 cazuri), cât şi la femei 10 cazuri);

De 24 ori a fost paraperitoneal, numai de 2 ori extraperitoneal şi o singură dată s'a găsit intraperitoneal;

De 16 ori, ureterul herniat a apărut cu caracterele normale, sub forma de ansă; de 6 ori, aspectul lui era cu totul schimbat, de nerecunosut (dilatat şi aderent);

Numai în 10 cazuri, s'au recunoscut turburări clinice preoperatorii—simptomatice; diagnosticul n'a fost nici odată stabilit din 'nainte: de 4 ori, diagnosticul s'a pus la necropsie, iar în cele-l'alte cazuri, pe masa de operaţie.

De câte-ori s'a lezat ureterul, au survenit consecinţe grave; de câte ori s'a recunoscut şi s'a redus în abdomen, bolnavii s'au vindecat (afară de cazul No. 20);

Pe cele 23 cazuri, al căror rezultat îl cunoaştem, avem 18 vindecaţi şi 5 morţi.

— Ince priveşte *patogeneza* ureterocelului, Reichel se exprimă foarte categoric, zicând că: „zwei Möglichkeiten kommen namentlich in Betracht" şi anume că: ori e vorba de o cicatrice produsă între ureter şi canalul deferent, sau de o dilatare — în urma unui calcul şi pe urmă angajare; ori e vorba de o anomalie congenitală la descinderea testiculului, — testiculul fiind aderent cu ureterul, l-a atras şi pe acesta.

După această ipoteză, pe care Carli o califică de „geistreiche" ureterocelul ar fi o formaţiune congenitală, dar atât Carli cât şi Reichel recunosc că o atare afirmaţiune n'a fost demonstrată şi că mai toate ureterocelele cunoscute par a se fi produs prin „alunecare".

Printre factorii cari pot contribui la producerea ureterocelului, Carli invoacă: în primul rând—lungimea traectului ureterului; apoi — direcţiunea lui în ţesutul subperitoneal, pe care o schimbă uşor; — elasticitatea mică a pereţilor lui; — înclinarea lui de a participa la schimbările de poziţie ale peritoneului; — anomalii în traectul lui, cari îl aduc foarte aproape de regiunile herniare obişnuite.

In special situaţiunea în ansă a ureterului la partea posterioară a sacului herniar, zice Carli, arată că în majoritatea cazurilor peritoneul este acela care trage ureterul în hernie; el citează în sprijinul acestei afirmaţii, cazul lui Hartwell — ca fiind cel mai demonstrativ.

In ce priveşte ureterocelele cari însoţesc hernia băşicei, zice Carli, nu mai încape nici o îndoială că ureterul a fost tras de către băşică.

Pentru a studia patogenia ureterocelului, Caccia a întreprins o serie de experienţe pe cadavru şi pe animale, şi a constatat că pe cadavru, ureterocelul este mai greu de reprodus de cât pe viu, dar că decolarea şi tracţiunile pe peritoneu uşurează producerea lui. Partea care herniază mai uşor, este acea care corespunde încrucişărei cu canalul deferent—la om, şi cu vasele uterine—la femei; apoi, ureterocelul experimental este mai uşor de reprodus în canalul crural de cât în canalul inguinal — ceea ce este, zice dânsul, conform cu clinica, de şi de alt-fel în statistica noastră avem cazuri de ureterocele inguinale şi de ureterocele crurale.

In experienţele pe câini, el a exercitat tracţiuni puternice pe uretere şi le-a izolat pe o lungime de 8 — 12 cm., fără ca această izolare să fi compromis nutriţiunea lor; aceste tracţiuni nu diminuă nici calibrul ureterului şi nu produc nici alteraţiunea pereţilor săi, Caccia explică acest lucru prin aceea că ureterul este învelit de o perniţă grăsoasă care atenuiază compresiunea.

Este incontestabil că, pe lângă aceea ce a constatat Caccia în experienţele sale, în patogenia ureterocelului pe viu trebue să admitem şi existenţa unei dispoziţiuni oare-care anatomică anormală.

Aşa bunioară: Nu putem de loc să excludem posibilitatea unui ureterocel congenital, căci, deşi Carli şi însuşi Reichel, care a emis această ipoteză, afirmă că: „eine solche Entstehung hat sich noch nicht nachweisen lassen", totuşi, mai târziu Brunner (în cazul său) a găsit ureterul în mijlocul cordonului spermatic; — ureterul descinsese în scrot, împreună şi în acelaşi timp cu testiculul (— urmase migraţiunea lui, fără ca să fi existat o hernie concomitentă) „Din cele constatate la operaţie, zice Brunner, rezultă că este vorba de o anomalie, căci hernia data din copilărie. Testiculul, în migraţiunea sa, a luat cu dânsul în scrot şi ureterul. Cum că acest lucru este posibil, rezultă din cercetările embriologice şi este chiar de mirat că această anomalie constitue o raritate şi că nu se întâlneşte mai des. Faptul că testiculul şi canalul deferent n'au fost unite cu ureterul, nu pledează contra acestei explicaţii. Unirea care a existat în perioada embrionară, s'a dsfăcut mai târziu".

Apoi, putem invoca foarte bine o alungire anormală a ureterelor sau o anomalie anatomică oare-care—de pildă, acea constatată în cazul lui Meissner. „Wir haben es, zice Meissner, mit einer angeborenen Anomalie beider Ureteren zu thun, bestehend in partiellem, klappenartigem Verschluss ihrer Blasenmündungen und starker Dilatation um Sförmiger Krümmung ihres Verlaufs. Der linke Ureter ist durch den linken Leistenkanal zusammen mit einer Hernie in das Scrotum herabgestiegen".

Putem invoca perfect o prolabare sau o lunecare a tuturor organelor abdominale, sau numai a unora — cum de pildă, cazul lui Hartwell, care constitue exemplul cel mai demonstrativ. Trebue în sfârşit să ne gândim şi la o aderenţă a peritoneului la ureter — în urma unui proces adesiv oare-care. In sfârşit, paniculul adipos din jurul ureterului, (de care vorbeşte Caccia — fără să-i atribue alt rol de cât acela al unei perniţe), care-i serveşte să atenueze compresiunea, — acest panicul, zic, poate să joace un rol foarte important în patogenia ureterocelului. In adevăr, dacă se atribue o importanţă atât de mare acelor mase grăsoase prevezicale — acelor lipocele (Monod şi Delagenière), cari înlesnesc alunecarea vesicei sau chiar o atrag după dânsele—de ce nu am putea discuta această ipoteză şi în patogenia ureterocelului, când însuşi Caccia declară că pe viu, graţie tocmai acelei laxităţi a ţesutului periureteral, a putut reproduce mai uşor ureterocelul. Tot ast-fel, dacă în patogenia rinichiului mobil, în ptosa renală, se acuză oare-care stare de topire, de relaxare a ţesutului grăsos al capsulei, de ce aceiaşi cauză n'ar putea cel puţin facilita căderea ureterului?

Am acuzat mai sus o aderenţă peritoneală, fiind-că în cele mai multe cazuri din statistica pe care o posedăm, s'au constatat aderenţe foarte intime ale ureterului cu peritoneul herniar; unele aderenţe au fost atât de intime în cât liberarea ureterului a fost imposibilă. Ori, e greu să admitem că asemenea aderenţe s'au format pe loc, prin traumatismul sau iritaţiunea locală, după herniarea ureterului, când cele-l'alte organe herniate alături de ureter (epiploonul sau intestinul) nu aveau nici o aderenţă. Admiţând o atare aderenţă peritoneo-ureterală, ureterocelul se explică uşor, căci peritoneul lunecând tot mai jos pentru a forma sacul herniar, va atrage după dânsul ureterul aderent. Apoi, pe lângă că însuşi Caccia a arătat că tracţiunile peritoneale uşurează reproducerea ureterocelului, dar însuşi faptul că ureterocelul ca şi cystocelul însoţeşte de obiceiu herniile mari, poate fi invocat în sprijinul ipotezei admise. De alt-fel simpla tracţiune peritoneo-herniară e greu de incriminat fiind-că pe imensul număr de hernii operate, s'a întâlnit ureterocelul atât de rar, iar pe de altă parte există ureterocele fără nici un sac herniar peritoneal (Caccia).

Dall' Acqua socoteşte ca indispensabil pentru hernia ureterului, o lărgire considerabilă a orificiului (canalului) inguinal şi o abondenţă notabilă a ţesutului celulo-grăsos subseros.

După Caccia, ureterocelul extraperitoneal este probabil congenital. In ce priveşte ureterocelul paraperitoneal admite şi dânsul că are un mecanizm complex şi că, alături de persistenţa unui sac cu orificiu herniar larg, trebue să invocăm aderenţa ureterului cu peritoneul vecin sacului.

Ureterocelul combinat cu cystocelul are o patogenie variabilă şi că, dacă este prolabată porţiunea vecină a băşicei, este vorba tot de un ureterocel simplu, iar cystocelul nu este de cât o leziune concomitentă. Aşa dar, ureterocelul combinat cu cystocel poate fi secundar acestuia (tras de băşică — ca în cazurile lui Leroux, Alessandri, Becker, etc.), după cum poate fi şi primitiv, adică hernia vesicei să nu fie de cât o coexistenţă, căci, deşi în 1905, Carli scria că: „Bei den mit Blasenbruch combinirten Harnleiterhernien lässt sich nicht bestreiten, dass es, die Blase ist, die den Harnleiter in das Bruchgebiet zieht“, în 1908, Caccia constată în cazul său că „ce n'est pas la partie terminale de l'uretère qui était herniée ; ce n'est donc pas la vessie herniée qui a entraîné l'uretère".

Firește că aci, ca în o mulțime de aceste afecțiuni, este greu să explici patogenia ureterocelului prin intervenția unui singur factor — știut fiind că prezența cutărui sau cutărui fenomen clinic atrage după dânsul sau se însoțește la unii de cutare stare patologică, pe când la alții, același fenomen, nu dă loc nici unei turburări,—sau, că aceiași stare patologică se întâlnește la indivizi din a căror istorie clinică lipsește complect fenomenul vizat. Tot ast-fel și în patogenia ureterocelului, sunt condus a crede că este un concurs de cauze care determină producerea lui.

Din punct de vedere *anatomo-patologic* al chestiunei, trebue să considerăm starea ureterului înainte și după herniarea lui.

In adevăr, ureterul herniat poate să fi fost deja de mai înainte într'o stare patologică (cum bunioară în cazul lui Meissner), sau că leziunile s'au produs în timpul și din cauza șederei lui în hernie.

Primul fenomen care se petrece aci, ca consecință a situației lui, este aderența pe care o contractă cu peritoneul sacului herniar și cu țesuturile circumvecine. De cele mai multe ori însă el se găsește înconjurat de o masă grăsoasă, așa că poate fi confundat cu un lipom sau cu un epiplocel aderent (Reichel); după Carli, acesta n'ar fi de cât țesutul subperitoneal care însoțește ureterul în căderea lui.

In al doilea rând vine dilatarea ureterului. Așa bunioară, în cazul lui Hartwell, ureterul era uniform dilatat în toată lungimea, având un diametru de o jumătate cm.; în cazul lui Brunner, unul din ureterele herniate avea o grosime uniformă de 4 mm. și pereți groși, pe când cel de al doilea ureter herniat avea aspectul unei anse de intestin subțire, de grosimea degetului mic.

In cazul lui Meissner, ureterul herniat forma o adevărată pungă kystică, cu pereți subțiri, care a fost confundată cu sacul herniar. Din contră, în alte cazuri (Muscatello), ansa herniată este mult subțiată; în altele (Bozzi, Rolando) este mai rezistentă, dură, iar în cazul lui Reichel, ureterul herniat prezinta în același timp o dilatație kystică și o stenoză puternică, care împedica scurgerea urinei. In unele cazuri (Reichel), pot exista adevărate leziuni ulceroase, produse prin calcule — ca în cazul citat, și care a dat naștere stenosei. Ansa dilatată poate prezenta o colorație normală, sau mai alburie — ca a sacului herniar (Meissner), ori o culoare violacee — ca hematomul (Imbert, Guyon, etc).

In opoziţiune cu porţiunea normală, porţiunea din ansa herniată, dilatată, pierde contracţiunile ureterale (Brunner). Această dilatare, datorită bine înţeles alteraţiunei pereţilor, pare să depindă mai ales de gradul de coborîre şi de coturile pe cari le face ansa herniată.

In majoritatea cazurilor însă, ureterul herniat se prezintă sub forma unei anse care 'şi păstrează aproape toate caracterele normale. El ocupă mai tot-deauna faţa posterioară şi internă a sacului peritoneo-herniar (când acesta există), iar mai rar înconjoară sacul sau organul herniat, trecând în afară şi pe dinaintea acestuia (cazul lui Gelepke).

Simptomatologia acestei afecţiuni va diferi şi ea după cum va fi vorba de un ureterocel simplu sau combinat, de unul recent sau inveterat, sau de un ureterocel strangulat, etc.

Putem spune că aproape nu există nici un semn sigur după care să afirmăm cu preciziune diagnosticul unui ureterocel, căci, atât simptomele fizice cât şi cele funcţionale, sunt mascate de acele ale herniei concomitente. Dar, dacă atenţiunea ne este atrasă asupra acestui fapt şi dacă considerăm complexul de fenomene, mai ales în cazurile de ureterocel simplu, am putea ajunge la diagnostic — ca în cazul lui Caccia.

Bolnavul începe prin a încerca o serie de simptome vagi, ca: dureri vagi abdominale, dureri lombare, cu senzaţie de greutate, sau dureri mai accentuate şi intermitente; dureri în regiunea inguinală, cu iradiaţiuni spre lombe, şi imposibilitatea de a suporta bandagiul herniar; micţiunea une-ori dureroasă, iar alte-ori adevărate hematurii; micţiunea mai frequentă şi însoţită une-ori de descărcări urinare, ori micşorarea cantităţei de urină excretată (Muscatello) — mai ales după aplicarea bandagiului şi revenirea ei după ridicarea acestuia. Acest din urmă semn devine patognomonic dacă prin compresie sau decompresie facem să apară şi să dispară această retenţiune(1).

După Caccia, un semn care poate fi hotărâtor, în cazul când se găseşte, este reductibilitatea incomplectă a herniei şi sensaţiunea adică recunoaşterea unui cordon moale, nereductibil — ureterul, care trebue deosebit de peretele unei anse intestinale sau de un sac nelocuit, de o venă varicoasă, etc.; dar, Galassi a atras mai dinainte atenţiunea că ureterul este aci foarte greu de palpat, din cauza micimei lui. Persistenţa aceasta a ureterocelului, adică ireductibilitatea lui, ar fi (după Caccia) datorită slabei elasticităţi a ureterului. Trebue să recunoaştem însă că, dacă în cazurile de enterocele tinere, am putea după reducerea ansei să deosebim prezenţa ansei ureterale şi a canalului deferent, nu mai puţin adevărat este că, în cazurile de hernii vechi, cu îngroşări ale sacului, cu aderenţe epiploice, etc., lucrul devine aproape imposibil.

---

(1) In adevăr, imposibilitatea de a suporta bandagiul herniar — din cauza durerilor şi a turburărilor urinare pe cari le provoacă (ca în cazul lui Meissner) este un semn de mare importanţă după cum afirmă şi Galassi „questo poteva senz' altro essere un segno di forte, se non decisiva prosunzione“.

Un alt fapt care ne poate pune pe calea diagnosticului, este coexistenţa herniei cu o hydronefroză care nu poate fi explicată prin vre-o altă cauză, şi mai ales dacă hydronefroza este intermitentă. Reichel şi Carli consideră prezenţa hydronefrozei ca patognomonică. „Findet man aber bei der letzteren eine Hydronephrose neben einer Hernie, zice Reichel, so wird man durch Druck auf erstere, wohl meist unschwer feststellen können, ob ein Zusammenhang zwischen beiden existirt oder nicht". Carli se pronunţă de asemenea categoric că „Dieses Symptom, das auf ein Hinderniss im Abfluss des Harns, durch den Harnleiter hindeutet, könnte bei Bestehen einer Hernie pathognomonischen Werth erlangen".

Dar, am văzut bine că hydronefrosa lipseşte în o mulţime de cazuri şi Brunner mai mult de cât toţi, caută să pună în evidenţă acest lucru. „Was aber unseren Fall ganz besonders von den andern unterscheidet und ihm ein eigenartiges Gepräge giebt, zice dânsul, ist das Fehlen der Hydronephrose".

S'a mai invocat ca semn diagnostic şi absenţa gargouillementului în reducerea herniei, însoţită de percepţiunea unui conduct dilatat plin cu lichid şi coexistând cu un sac hydronefrotic. După cele arătate, valoarea unui atare simptom se poate judeca destul de uşor fără a insista mult asupra lui.

Un alt semn, care, fără a fi absolut, poate totuşi dobândi une-ori o valoare reală, este imposibilitatea sau dificultatea cateteterismului ureteral — ca în cazurile lui Reichel şi Meissner.

Din cele ce am arătat până aci, se poate vedea bine că diagnosticul ureterocelului nu este tocmai uşor — fie înainte, fie chiar după operaţiune.

In ce priveşte *diagnosticul* pre operator, Carli spune categoric că „In allen bisher (1905) bekannten Fällen von Harnleiterhernie wurde die Diagnose esrt bei der operation gestellt, etc." Apoi, în 1907

Brunner arată acelaş lucru, punând chiar la îndoială posibilitatea stabilirei unui atare diagnostic. „Die Diagnose einer Harnleiterhernie wurde, soviel bekannt, bis jetzt noch in keinem Falle vor der operation gestellt, und es ist fraglich, ob es, überhaupt jemals, möglich sein wird, sie mit Sicherheit aus den Symptomen zu erschliessen.“ Acelaşi lucru ţine să'l mărturisească şi Galassi (1908) afirmând că „in nessun caso si arrivo alla diagnosi prima dell'atto operatorio“.

In adevăr şi în cazul care m'a determinat să fac acest studiu, ca şi în toate cazurile publicate, ureterocelul a fost descoperit numai la operaţie.

Caccia (1909) confirmă şi el cele arătate, spunând că „il (le diagnostique) n'a jamais été fait qu'au cours de l'operation. Avant l'opération, il n'a jamais été fait, ni même soupçonné“, aşa că avea dreptate Reichel când spunea că „Ich glaube dass man wird mir keinen zu schweren Vorwurf daraus machen, dass ich die Diagnose nicht stellte“.

Totuşi, procedând prin exclusiune şi făcând diagnosticul diferenţial cu cystocelul, epiplocelul, apendicocelul, varicocelul, etc., am putea în unele cazuri — mai ales în acele însoţite de turburări urinare — am putea, zic, să punem diagnosticul, odată ce atenţiunea ne este atrasă asupra boalei.

Trebue să mărturisim de altminteri că recunoaşterea ureterului cere puţină ezitare chiar în timpul operaţiunei, şi, ca să ne facem o idee à priori despre aceasta, n'am avea de cât să amintim numeroasele cazuri de cystocel în cari băşica a fost tăiată la operaţie!

Aşa, am văzut că Imbert 'l-a luat drept un ematocel; Hartwell a crezut că are de a face cu o venă dilatată; Meissner l-a luat drept un idrocel al cordonului, şi diagnosticul n'a fost făcut de cât pe masa de autopsie; Reichel a recunoscut că tăiase şi legase ureterul numai după ce a survenit idronefrosa, etc.

Brunner a recomandat ca mijloc de recunoaştere, contracţiunile ureterale şi insistă chiar foarte mult asupra acestui fapt: „Zum Schluss, zice dânsul, möchte ich nochmals hervorheben, wie wunderbar schön die Kontraktionen des Ureters zu beobachten waren, etc. Sie sind wohl noch nie so leicht und schön am lebenden Menschen zu sehen gewesen“. Incontestabil că ureterul are contracţiuni — mişcări peristaltice şi antiperistaltice, bine studiate de Mannevitch, Kawamura, etc., dar Caccia a arătat că contracţiunile, cari sunt evidente la ureterul normal (pe loc), devin foarte puţin apreciabile pe ureterul deplasat, iar când acesta e dilatat, ele dispar complect — fapt pe care 'l atestă şi Meissner.

Afară de acestea, am văzut bine cum în cazurile lui Reichel, Meissner, Imbert, ureterocelul dilatat n'a putut fi recunoscut, şi am văzut iarăşi că această dificultate a recunoaşterei lui a făcut pe Brunner să conteste veracitatea unora din cazurile publicate, sub motivul că ligamentul rotund ar fi fost luat drept ureter.

De alt-fel deosebirea se poate face mai lezne dacă ne amintim că ligamentul rotund este în $^3/_4$ părţi învelit de peritoneu, pe când ureterul şade în ţesutul subperitoneal şi este învelit de această masă grăsoasă. Aşa că, cu oare-cere atenţiune putem să recunoaştem ureterul herniat — amintindu-ne caracterele sale anatomice şi căutând să-l deosebim de canalul deferent, de vase şi de nervi, de vestigiul arterei ombilicale, de urac, de ligamentul rotund, etc Recunoaşterea acestei afecţiuni prezintă destul interes, căci deşi Caccia afirmă că ureterocelul se complică rar de hydronefrză — prin faptul că ansa prolabată e foarte largă şi că greutatea urinei şi contracţiunile ureterului uşurează cursul urinei ;—cu toate că masa de grăsime periureterală, după dânsul evită compresiunea, totuşi am văzut alte cazuri, unde se complică de hydronefroză, de hematurie, etc., şi poate expune la aderenţe, chiar la inflamaţiuni, etc.; dar, această recunoaştere este mai ales indispensabilă la intervenţie — pentru a nu-l secţiona (cazul lui Reichel, Meissner).

Prognosticul ureterocelului, atât de benign în unele cazuri, poate deveni în altele cât se poate de serios.

In adevăr, în afară de durerile ce le provoacă, în afară de turburările urinare şi de hydronefroză, etc., la care poate da naştere, el devine mai ales foarte discutabil şi putem zice extrem de important din punct de vedere al consecinţelor operatorii : — absolut benign în cazurile de ureterocel simplu, fie extra, fie paraperitoneal, unde ureterul şi-a păstrat pereţii normali şi totul se mărgineşte la reducerea lui în abdomen, iar după aceasta dispar toate fenomenele, din contră, în alte cazuri, el a condus la sacrificarea unui rinichi (Reichel) şi chiar la moarte (Imbert, Meisner).

Tratamentul ureterocelului poate fi foarte uşor în unele cazuri şi destul de dificil în altele.

Aşa bunioară, în cazurile simple, totul se reduce în a recunoaşte ureterul, a 'l izola şi a 'l reduce în abdomen. Pentru aceasta e nevoe ca să inspectăm cu îngrijire masa grăsoasă preherniară, înapoia căreia ar putea veni ureterul și atunci când aplicăm legătura pe sac, să observăm a nu prinde și ansa ureterală prolabată.

Pentru cazurile când ureterul nu se poate reduce, Caccia recomandă să 'l rezecăm parţial și să practicăm o uretero-ureterostomie sau uretero-cysto-neostonie (ca Brunner).

Pentru mine însă, cred că, dacă este atât de recomandabil ca să recunoaștem ureterul pentru a nu'l tăia, cu atât mai mult după ce l'am recunoscut, e bine să încercăm tot posibilul — după cazuri, și să 'l reducem fără a 'l rezeca.

Tăind ureterul, Reichel a fixat capătul renal la piele și într'un al doilea timp a făcut nefrectomia—pentru motivul că dacă ar fi făcut uretero-cysto-neostomie, contracţiunile vesicale ar fi împins urina în în ureterul dilatat. Din contră, Rolando ca și Caccia, recomandă această operaţiune ori de câte-ori ureterocelul este însoţit de cystocel —fie că ar fi vorba de o hernie inguinală sau crurală;—dacă nu reușește și rezultă o fistulă, zice Caccia, într'o a doua ședință se încearcă din nou implantarea ureterului în vesică. Ea devine o operaţiune de necesitate când există stenoze congenitale sau dobândite ale îmbucăturei uretero-vesicale. Nefrectomia de la început, recomandată de Reichel și Meissner, ar trebui să rămână ca ultimă soluţiune a intervenţiei; rezultatele bune obţinute azi prin ureteroraphie și ureterostomie, sunt destul de cunoscute și combat în deajuns graba de a sacrifica un rinichi, când poate nici nu cunoaștem starea celui-l'alt. De alt-fel, lucrul cel mai bun este ca să evităm leziunea organului întâlnit în hernie, și pentru aceasta nu pot da o recomandaţiune mai bună de cât a lui Galassi. „Quando ci si accinge ad una operazione radicale di ernia, si deve avere prezenti tutte le anomalie ed evenienze possibili, già occorse ad altri operatori“.

BIBLIOGRAFIE

W. Becker. Ueber inquinale Blasenbrüche (Cystocele mixta, kompliciert durch Beteiligung des linkes Ureters). Obs. 1. *Beiträge zur Klinische Chirurgie*, 1899, Bd. 23, h. 1, s. 167—182.

Boari. Ernia dell'uretere destro nel canale inguinale. *Il Policlinico*, (suppl.), 1899, No. 37.

Bozzi. Hernie crurală dreaptă ireductibilă. *Riforma medica*, 1904, No. 21.

Fr. Brunner. Ueber Harnblasenbrüche. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1898, Bd. 47, S. 121—186.

Fr. Brunner. Descensus des rechten Ureters ins Scrotum, eine Hernai inguino-scrotalis vortäuschend. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1907, Bd. 90, s. 275—281.

Ph. Caccia. Sull'ernia dell'uretere (due casi). *XXI Congresso della società italiana di chirurgia.* Roma, 27—28 Ottobre 1908.

Ph. Caccia. L'Ureterocèle. *Archives générales de chirurgie* 1909, T. IV, No. 10, pag. 991 — 998.

Caneva. Hernie inguinală stângă ireductibilă. *Ospedale maggiore*, 1908, No. 2.

A. Carli. Sull'ernia dell'uretere. Contributo clinico e considerazioni. *Gazzetta medica Italiana*, 1904, No. 40—41.

A. Carli. (Pavia). Ueber die Harnleiterhernie. *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1905, Bd. 76, s. 1078—1099.

U. Dall' Acqua. Osservazioni anatomo-patologiche e cliniche sulle ernie. *La Clinica Chirurgica*, 1907, Anno XV, No. 2.

Dalla Rosa. L'ernia dell'uretere. *La Clinica Chirurgica*, 1904, Fasc. 6.

Leone Galassi. Sull'ernia dell'uretere. *Il Policlinico, sez Chirurgica*, 1908, Vol. XV, pag. 128—134.

Galeazzi. I resultati difinitivi nella cura operativa dell'ernia inguinale. *La Clinica Chirurgica*, 1899, anno VII, No. 9, pag. 8.

Gelepke. Hernie crurală dreaptă. *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1897, s. 265.

V. Gomoiu. Un caz de ureterocel paraperitoneal. *Cercul de studii genito-urinare.* Bucureşti, şedinţa din 26 Noembrie 1909.

M. Călinescu şi **V. Gomoiu.** Consideraţiuni asupra câtor-va cazuri de hernii rari. *Revista Ştiinţelor medicale*, Ianuarie 1910, No. 1, pag. 54.

F. Guyon. Vezi *Imbert, in Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1897.

J. Hartwell. Ureter in an inguinal Hernia. *Transactions of the New-York Surgical Sociéty*, 10 Februarie 1904 şi *Annals of Surgery*, 1904, Vol. 39, pag. 1017.

Imbert. *Bulletins et memoires de la Société Anatomique*, Paris, mars 1896. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, No. 5—6, pag. 101.

F. Mannevitch Influence des diverses substances chimiques sur les contractions autonomes de l'uretére. *Rev. med. de la Suise* Romande 1907. Vol XXVII, F. 8, p. 585.

Ch. Leroux. Hernie inguino-scrotale irréductible (Hernie complète de la vessie et des deux uretères. *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, 1880.

C. Lockyer. Displacement of the ureter in certain cases, of pelvic tumours. *British medical Journal*, 1908, Vol. II, pag. 797—799.

Mariotti. Ernia dell'uretere sinistro nel canale crurale. *Il Policlinico, Sez. pratica*, 1903, Fasc. 16.

Fr. Mastrosimone. L'Ernia della vescica. *Il Policlinico, sez. chirurgica*, 1909, anno XVI fasc. 4, pag. 183.

Meissner. Der Ureter als inhalt eines Leistenbruchs. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, 1907, Bd. 54, h. 3, s. 712—722.

Migrisoli. Ureterocel (un caz). In Caccia. *Arch. génér. de Chirurgie*, Oct. 1909.

Muscatello. Hernie crurală stângă ireductibilă şi Hernie crurală dreaptă reductibilă (2 cazuri). *Gazzetta med. italiana,* 1904, No. 40—41. Vezi Carli. *Archiv für Klin. Chirurgie* 1905, Bd. 76.

Oliva. Hernie crurală dreaptă reductibilă. (v. Provera). *Giornale della R. Academia di Medicina,* Torino, 1907, Vol, XIII, fasc. 3—4.

Pott. *Chirurgical Works,* London, 1790, Vol. III, pag. 344.

C. Provera. Un caso di ernia crurale dell'uretere, (v. Oliva). *R. Accad. di medic. di Torino,* seduta del 1 marzo 1907.

P. Reichel. Ueber hernienartigen Vorfal eines Ureters durch Leistenkanal. *XXI Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie,* Berlin, 9 Iunie 1892 şi *Archiv für Klinische Chirurgie,* 1892, Bd. 44, s. 430—437.

Rolando. Contributo all'ernia dell'uretere (două cazuri). *La Riforma medica,* 1904, No. 21.

B. Rossi. Sopra un caso d'ernia inguinale complicato a fuoriuscita dell' uretere e della vescica. *Gazzetta Medica Lombarda,* anno LXIV, No. 9.

Vivenza. Ernia inguinale della vescica. *Il Policlinico, supplemento,* 1899, pag. 45.

C. F. Zanini. Ernia dell'uretere. Osp. maggiore *Riv. scient. prat.* etc., Milano, 1908, III, pag. 55—58.

CERCETĂRI ORIGINALE

Dr. HÂNCU

Cercetări proprii de laborator asupra Rolului acidului uric şi a purinelor în patogenia stărilor gutoase

Hess şi Schmoll au stabilit prin experienţe că albuminele pure private de nucleine pot fi adăugete raţiei alimentare normale fără să augmenteze proporţia de acid uric. Din contră, ingestia de timus avut în nucleine şi cu deosebire în nucleine leucocitare măreşte considerabil procentualitatea excreţiei uratice, putându-o chiar dubla, (Umber, Weintraub, Paul Mayer, Smith). Ingestia de organe mai puţin bogate în nucleine ca: pancreas, ficat, etc., augmentă de asemenea acidul uric, însă într'un grad mai mic. Creerul şi ţesutul muscular, mai puţin încărcate de nucleine de cât organele precedente, nu ridică de cât foarte puţin procentualitatea în acid uric; în fine, în ultimul rând vin: ouăle, laptele şi legumele, ca cele mai sărace în nucleine şi fără o acţiune sensibilă asupra producţiunei uratice.

Afară de alimentația, care este o sursă de acid uric, ce s'ar putea numi exogenă, mai este o altă sursă endogenă, asupra căreia suntem nevoiți a insista ceva mai mult, de ex.: s'a demonstrat că dintre toate nucleinele, acele a globulelor albe par a avea un rol preponderant în geneza acidului uric. Horbacewski a demonstrat că când se expune la aer și temperatura de 37° un amestec de sânge și pulpa splenică, avută în nucleine laucocitare se formează acid uric.

Ori, e stabilit atât experimental, cât și clinicește, că stările leucocitare sunt acompaniate de o exagerație a excreției uratice, de unde și regula că: *cu cât o stare de leucocitoză e mai pronunțată, cu atât și cantitatea în acid uric e mai crescută,* chiar și laucocitosa digestiunei se acompaniază de o supra-producțiune de urate, de ex.: un individ bine nutrit, are un număr mult mai mare de globule albe, de cât unul slăbit; motiv pentru care e predispus mult mai ușor la o gută, sau pentru o colică nefretică sau hepatică.

In sprijinul acestei teorii, putem aduce ca exemplu, sângele unui copil, care după cum se știe e mult mai bogat în leucocite ca al unui adùlt, ori-cine nu cunoaște frecvența litiazei urinare la copii? Injecția de tuberculină sau de ori-care alte culturi microbiene provoacă o hyperleucocitosă destul de pronunțată și cu ea creșterea în grad a acidului uric, (Kühlmann et Weiss) și din contră, la tifici leucocitele diminuând, scade simțitor procentualitatea în acid uric.

In rezumat acidul uric pare a avea ca origine: nucleinele alimentare, nucleinele celulelor economiei și cu deosebire nucleinele celulelor albe.

Această teorie emisă și susținută de Horbacewski a fost viu combătută de Kossel v. Noorden, Stadthagen, etc., prin obiecțiuni aduse, că acidul uric nici când n'a fost putut obține din nucleine și în vitro; ori, obiecțiunile acastea fiind numai o ipoteză, nimic nu ne împedică a admite că economia omului și chiar a mamiferelor n'ar putea face ca nucleinele globulelor albe să sufere o descompunere specială al cărei rezultat final să fie, între altele urații și în special acidul uric. Așa că cu toate observațiile autorilor mai sus citați, teoria lui Horbacewski pare a câștiga teren din ce in ce mai mult.

Cu tot progresul mare al științei medicale, în ajutorul căreia vine și biochimia nu știm încă cu certitudine în care organe anume se disting globulele albe și se formează acidul uric, în ficat sau splină (Giacosa).

Cercetările par însă a fi stabilite că diversele specii de animale nu se comportă la fel. Aşa bunioară, Hugo şi Wiener au demonstrat prin experienţă că pulpa ficatului de porc distruge acidul uric în vitro, şi din contră la vite ca: vaci, boi, se formează în ficat, pentru om pare a lipsi datele precise. Mult mai avansaţi suntem însă pentru păsări şi şerpi, la cari producţia acidului uric are o origine specială. Aşa bunioară Schröder a arătat că dacă ridicăm rinichiul şerpilor, acidul se acumulează în ţesuturi — cu toate că rinichiul nu pare a fi sediul de formaţie al acidului uric, şi dacă după exemplul lui Mincowski vom extirpa ficatul unei gâşte, compoziţia urinei se schimbă din ce în ce, aşa că pe când la animalele sănătoase sunt eliminate 60—70 cm. de azot total sub formă de acid uric, la gâştele private de ficat azotul uratic nu prezintă de cât 3—6 p. 100; deci integritatea funcţiunei hepatice este un factor predominant în producţiunea acidului uric.

Experienţele lui Mincowski aû demonstrat, între altele, că o parte mică de acid uric se formează în afară de acel al ficatului pentru că dânsul a găsit urme de acid uric în urina gâştelor private de ficat.

In fine, dacă vom analiza urina animalelor private de ficat, vom constata prezenţa unei proporţii ridicate de acid lactic şi de amoniac, ceea ce probează că la gâşte acidul uric provine din unirea în ficat a acidului lactic cu amoniacul, sau a compuselor lui. Pe de altă parte, făcând ca să treacă prin ficatul de gâscă, proaspăt extirpat, sau triturat cu pulpă proaspătă o cantitate de sânge adiţionat de lactat de amoniac, sau de compuşi amoniacali, mai complecşi ex. Arginină, se constată că sângele se înavuţeşte în acid uric (Kowalewaky şi Salazkin).

Supra-alimentaţia, predispoziţia şi oare-cari factori ocazionali sunt tot atâtea cauze, cari contribue pentru a-i predispune pe unii indivizi la gută (Hongounéng). O alimentaţie bogată provoacă o hiperproducţie de acid uric, ca consecinţe a unei activităţi chimice din cele mai intense a leucocitelor. Prin administraţia oare-cărei cantităţi de glicerină-pilocarpină sau salicilat de sodiu, se măreşte simţitor procentualitatea în acid uric. De asemenea în cursul inaniţiei acidul uric este eliminat în cantităţi foarte mari ca urmare a distrucţiei elementelor nucleare a celulelor şi globulelor albe.

In urinele bolnavilor, acidul uric n'a fost studiat chimiceşte. cât la 1876, de către Scheele. La anul 1798 un alt observator, Bergmann izolează din nou acidul uric, însă, de astă-dată, din concreţiunile gutoase. Liebig în colaborare cu Wöhler, pe lângă acidul uric, izolează şi identifică alantoina. Insă constituţia reală a acidului uric n'a fost stabilită de cât la 1885, epoca în care Bechrend şi Rosen confirmă formula de constituţie propusă de Medicus.

Celebrul chimist german, E. Fischer a dat numele de purine unor derivate în intimitatea cărora se găseşte un nucleu purinic, derivat al acidului uric, în care un H este înlocuit, fie printr'un O, fie printr'un radical NH_2 sau CH_3, etc. De ex.: xantina, descoperită de Marcel încă în 1817; guanina izolată, în 1845, de către Ungar; hipoxantina, descoperită în 1850, de către Schern; monomethylxantina, izolată de către Salomen din urină; adenina, caracterizată de Kossel etc. etc. Ori, relaţiunea între bazele purinice şi acidul uric a fost definitiv stabilită de către şcoala lui Fischer, care susţine că toţi derivaţii purinici ca şi ai acidului uric sunt caracterizaţi prin existenţa nucleilor purinici în molecula lor.

Până aci familiarizându-ne mai de aproape cu acidul uric şi derivaţii săi purinici, ne va fi mai uşor a aprofunda chestiunea ce ne-am propus a o relua; relativ la rolul lor în patogenia stărilor gutoase; ori, în lucrarea de faţă am studiat mai de aproape anomalitatea atât calitativă, cât şi cantitativă, care s'ar manifesta în schimburile purinice la o bolnavă gutoasă obezică nefretică şi osteoartropatică, diagnostic stabilit şi de alţi confraţi; asupra cercetărilor de faţă am fost împins de alte dnuă cazuri tot de asemenea natură şi anume: în colaborare cu d-l dr. Labbé am urmărit doi bolnavi, primul gutos saturnin, a doua, o femeie artritică, reumatică, gutoasă, ambi în serviciul prof. Landousy la Paris, iar rezultatele de laborator obţinute au fost publicate în Buletinul Societăţei de Biologie din Paris (1).

Cazul de faţă pentru scopul ce-l urmăream a fost bine venit. Pacienta a fost pusă pe un regim lactat timp de 35 zile, dintre cari primele 10 zile au fost destinate purinelor alimentare şi mai ales pentru a putea stabili un coeficient (purinic) mai mult sau mai puţin apropiat. Regimului acesta, la intervale, după cum se poate vedea din tabloul de mai jos, i-am adăugat apa Mihai-Bravul asociată cu lapte; purine izolate ca ciocolată; purine de natură alimentară ca carne și pâne; iar rezultatele analizei de laborator ale urinelor asupra derivaților purinici, le-am consemnat în alăturatul tablou.

---

(1) Ht. Lnbbe şi V. Hâncu.—Soc. de Biologie 2 Mart 1908, T. 64, 740 p.
„ „ „ „ 780 şi 24 Iul. 1909, 67, p. 261.

I.

Perioadele	Litri	Regimul	Azot total urinar	Purine Totale	Purine	Acid uric
Preliminare (10 zile) . .	2	$^1/_2$ lapte	—	0.792	—	—
No. 1 (1—10 Ianuarie) .	2	$^1/_2$ lapte	8	0.312	0.283	0.029
No. 2 (11—15 „ . . .	1	$^1/_2$ lapte, 1 k. apă „Mihai Bravu“. . . .	10	0.333	0.110	0.020
No. 3 (16—20 „ . . .	2	l. lapte, 150 gr. pâine, 150 gr. carne . . .	20.20	0.774	0.750	0.024
No. 4 (21—25 „ . . .	1	l. $^1/_2$ lapte, 1 l. apă „Mihai Bravu“. . . .	12.40	0.448	0.432	0.010

II. Incercări particulare:

Eliminarea cafeinei și theobrominei.

Ingestie 0.75 gr. cafeină; 0.75 gr. theobromină (sub formă de ciocolată).

	Purine totale	Purine	Acid uric
Media zilei a 2 zile precedente de ingestii. . .	0.049	0.35	0.014
Totalul zilei următoare de ingestie	0.0305	0.270	0.035
Supliment de eliminare totală	0.208	0.194	0.014
Supliment de eliminare pe zi.	0.14	0.7	0.007

b) Eliminarea purinelor carnei

	Purine totale	Purine	Acid uric
Media zilei celor 2 zile precedente.	0.202	0.180	0.022
Totalul celor 5 zile de ingestie	0.392	0.374	0.018
Supliment de eliminare totală	0.333	0.326	0.007
Supliment de eliminare pe zi	0.78	0.680	0.010

Din tabloul de față rezultă clar că la bolnavii de această natură schimburile purinice sunt simțitor tulburate și mult reduse față de indivizii sănătoși. Ceea-ce însă am remarcat aci e faptul curios și important că apa de Pietroșița „*Mihaiu Bravul*“ adăogată regimului lactat în cantitate de 1 kgr. pe zi mărește simțitor procentualitatea în eliminările purinice la artritici și gutoși, ceea-ce denotă că ajută la descărcarea organizmului de substanțele urice și compuși azotoși, cu un cuvânt la transformarea, disolvarea și eliminarea lor sub formă de uree. Ori, hiperaciditatea organică fiind o regulă la artritici, la gutoși și migrenoși se explică necesitatea, (ca și efectul) apelor alcaline trebuincioase a alcalinisa sângele individului bolnav. Sunt cazuri unde în urina bolnavilor gutoși nu s'au întâlnit nici urme de acid uric, afară de cazurile când s'au manifestat atacuri de gută în cari eliminările de acid uric s'au putut evalua până la 0.17 gr. la litru și chiar mai mult.

După Stoetberr, cu un regim fără carne, escreția acidului uric la gutoși se depărtează de aceea a unui om sănătos. Și dacă acestui regim i se va adăoga 300 gr. carne pe zi pentru individul sănătos, acidul uric va crește simțitor până la 0.150 gr. și chiar 0.250 gr. pe zi, ceea-ce nu se produce la gutoși, și dacă se produce ceva sunt cantități *aproape neglijabile* (1), ceea-ce a confirmat și Haig că gutoșii nu escretă quantumul de acid uric pe care l-ar elimina un sănătos, acumulând compușii săi purinici (ca acid uric, xantine, sarcine etc.), în țesuturi până în momentul crizelor gutoase, când eliminarea are loc pe toate căile. Ceea-ce denotă că cauza intimă biochimică a patogeniei stărilor gutoase e necunoscută încă, precum nici cauza adevărată pentru care acidul uric tinde a se depune în organism; probabil că indivizii gutoși la un grad mai înalt de cât indivizii sănătoși (experiențile lui Fauvel) nu ar părea susceptibile de a oxida dimetil și trimetilxantinele, cu un cuvânt de a arde, modifica și transforma organizmele lor bazele purinice în derivați inofensivi capabili de a se disolva și elimina ca atare din organismul gutoșilor Ca dovadă avem tabloul de față, în care bolnava a fost pusă 10 zile pe un regim absolut lactat pentru a-i putea stabili coeficientul purinelor totale — purinelor ca atari și a acidului uric; iar de la 10 zile i s'au administrat 10 zile lapte amestecat cu apă minerală alcalină din noua sursă de la Pietroșița „Mihai Bravul", în care timp am constatat o creștere considerabilă atât a azotulu total, a purinelor totale, a purinelor ca atare, cât și a acidului uric în urina bolnavilor față de coeficientul normal. In regimul cu carne, acidul uric pare scăzut, iar purinele propriu zise ridicate.

Cafeina ca și theobromina s'au efectuat fără oxidația acestor purine aproape ca și în celelalte două cazuri anterioare. Din cercetările recente s'au constatat că unii produși alimentari conțin purine, cari nici când nu precipită spontaneu prin acizi naturali, sau ulterior prin acid chlorhydric. Din contra, alții dau loc la eliminațiuni de compuși uratici, ușor precipitabili fie secundar, fie spontaneu; de unde rezultă că:

---

(1) *Bul. Soc. Chimice* T. XXXII p. 1058. 1902.

1. Cu un regim de carne urinele tratate prin acid chlorhydric precipită proporţiune de acid uric, ce variează între 0.20—0.50 p. 100, iar prin concentrare şi încălzire precipită aproape în întregime prin acid chlorhydric (Folin şi Schäffer.

2. Cu regim vegetarian sărac în purine acidul uric nu precipită nici când prin acid clorhydric.

3. La un regim vegetarian bogat în purine, precipitarea în acid uric e neînsemnată, sau de abia apreciabilă (după Fauvel 1/440).

4. Cu un regim exclusiv lactat de mai mult timp urmat, chiar în urina indivizilor sănătoşi nu se va mai obţine nici o precipitare a acidului uric prin acidul chlorhydric (Labbé).

5. După unii autori ca: Schmoll etc., acidul uric ar fi unit în organism cu acidul timic; după Fauvel (mai mult sau mai puţin) s'ar oxida până la formaţia de acid uroxanic şi acid oxamic, care n'ar mai avea proprietatea de a precipita prin acid chlorhydric.

6. In tot cazul cauza intimă a inegalităţei de formare şi precipitare a acidului uric din urine depinzând de regim rămâne de studiat încă.

7. Că în patogenia stărilor gutoase artritice etc. după cum am putut vedea, derivaţii purinei (xantici şi în special acidul uric) fiind reţinuţi din cauză predispozantă sau insuficienţă în elaborare în organism, se impune — pe lângă o mobilitate după posibilitate, pe lângă un regim vegetarian şi în special lactat — un regim mai serios şi mai îndelungat de ape minerale ca Vichy, Vittel, Evian şi mai ales *Mihai-Bravul*, recomandabile pentru a neutraliza hiperaciditatea economiei organizmului la bolnavii de asemenea natură.

CRITICI ŞI CRONICI

D-rii C. CONSTANTINESCU şi V. GOMOIU

OPSONINELE
şi
TERAPEUTICA OPSONISANTA IN CHIRURGIE

După o perioadă intreagă de ani, în care s'au studiat alteraţiunile pathologice privitoare la numărul şi la calitatea elementelor figurate ale sângelui — teoria fagocytară (Metchnikoff), s'a creat apoi teoria umorală (Büchner), după care rolul capital, atât în apărarea organizmului contra infecţiunei cum şi în creaţiunea stărei de imunitate, se datoreşte unor substanţe solubile care se formează în sânge (în serum).

Fără a mai căuta origina teoriei umorale în timpuri, şi lăsând la o parte pe Metchnikoff, Sawtchenko, Denys şi alţii, care încă mai de mult au semnalat fapte ce aveau relaţiuni directe cu opsonizarea, — putem afirma că edificarea teoriei opsoninelor şi aplicarea ei în practică, se datoreşte medicilor englezi Sir Almroth, E. Wright şi H. Douglas (1) cari, în 1902, întrebuinţează prima dată termenul de „opsonine" şi semnalează aplicaţiunea metodei opsonice la interpretarea rezultatelor date de vaccinurile lor; — lor le revine meritul de a fi coordonat faptele, de a le fi dat o explicaţiune şi de a fi imaginat o technică destul de sigură pentru evidenţiarea opsoninelor.

După definiţia lui Milhit, opsoninele (de la cuvântul grecesc οωννεω) sunt nişte substanţe solubile, conţinute în serurile normale şi în immun-seruri, intermediare fagocytelor şi microbilor, şi care intervin în actul fagocytozei—pentru a o exagera şi pentru a o face mai eficace.

---

(1) A. E. Wright and Douglas. Notes on treatment of furonculosis, sycosis and acne by the inoculation of a staphylococcus vaccin. *The Lancet*, mars 1902, p. 874.

Iată în ce constă faptul capital:

Se pune într'o pipetă, doze convenabile dintr'o emulsiune bacteriană, o anumită cantitate de serum sanguin normal şi globule albe obţinute prin centrifugarea unui sânge de asemenea normal; totul se pune în etuvă, timp de $^1/_4$ oră. După aceea, se ia o picătură din acest lichid, se întinde pe lamă şi se examinează la microscop; — se constată atunci că un anumit număr de globule albe au înglobat (fagocytat) un anumit număr de microbi.

Apoi, într'o altă pipetă, se face un amestec similar — cu deosebire numai că serul adăogat este luat de la un individ atins sau presupus atins de o boală produsă de speţa bacteriană (bacteria) cu care experimentăm. Făcând aceeaşi operaţiune, se numără şi aci acelaşi număr de globule albe, dar se constată că de data aceasta, numărul microbilor înglobaţi nu mai este acelaşi, ci este cu mult mai mic.

In acest al doilea caz, fagocytosa s'a petrecut deci în condiţiuni cu totul diferite de primul, deşi singurul element schimbat era numai serul; — de aci s'a conchis că serul bolnavului atins de afecţiunea dată, conţinea substanţe care au influenţat în vitro asupra puterei fagocitare a leucocitelor faţă de microbul cu care s'a experimentat.

Dacă presupunem bunioară că în primul caz am numărat 100 de leucocyte şi în interiorul lor am gasit 50 microbi, iar în al doilea caz, numărând tot 100 leucocyte, am găsit în interiorul lor numai 25 microbi, — vom zice că în primul caz puterea fagocytară sau puterea opsonică a serului era de (50 : 100 =) 0,5, pe când puterea fagocitară sau puterea opsonică a serului din al doilea caz era de (25 : 100 =) 0,25.

Raportul, dintre puterea opsonică (0.5) a serului din primul caz (— cu ser normal) şi dintre puterea opsonică (0.25) a serului din al doilea caz (— cu ser bolnav), se numeşte indice opsonic, care aci va fi 0.5, adică 0.25 : 0.5 = 0.5.

Nefiind în intenţiunea noastră şi neputând (1) a face aci o dare de seamă asupra întregului studiu al opsoninelor, vom lăsa cu totul la o parte chestiunile de technică:— de preparare a leucocytelor, a serului, a bacteriilor, a amestecului, cum şi a preparărei lamelor sau a numărărei etc., recomandând pentru aceasta valoroasa lucrare a lui Milhit. Ne vom mulţumi să amintim aci, concluziunile către care tind cercetările lui Wright şi a celorlalţi, şi anume: — că opsoninele există în serum şi sunt necesare actului fagocitozei; — că, opsoninele exercită acţiunea lor asupra bacteriilor — sensibilizându-le şi nu asupra leucocytelor; — că, opsoninele sunt specifice; — că studiul (cunoştinţa) opsoninelor poate fi utilizat în scop diagnostic, prognostic şi terapeutic.

---

(1) Cestiunea opsoninelor este studiată din punct de vedere biologic, clinic şi terapeutic şi ar fi imposibil să amintim aci toate cercetările făcute în această direcţiune, care au dat naştere unui număr imens de lucrări; aproape toate periodicele conţin articole şi referate asupra opsoninelor. O bibliografie destul de bogată se găseşte în teza d-rului Milhit „Les opsonines, etc., Paris, 1909", în „The Lancet", „Presse Medicale", „Semaine Médicale". etc.

Incontestabil că teoria opsoninelor este o cestiune foarte complexă, fiind intim legată de atâtea fapte încă obscure care însoţesc crearea stărei de imunitate, şi prin aceasta e supusă la multe critici.

Aşa bunioară, cercetările lui Metchnicoff, Loehlein, etc., au dovedit că poate să se petreacă chiar o fagocytoză spontanee — adecă, amestecând numai bacterii şi cu leucocyte bine spălate, debarasate de ori-ce urmă de serum. Apoi, Levaditi a arătat că ar exista opsonine specifice thermostabile şi altele opsonine nespecifice thermolabile. In fine, s'a constatat că puterea opsonică variează la omul normal sub influenţa unor acte fiziologice (mai mică în timpul ajunărei şi mai mare în timpul digestiunei); — că puterea opsonică a serului scade repede, şi ast-fel expune la dificultăţi de manipulare; — că ar varia după densitatea emulsiunei bacteriene, etc., etc.

Dar, lăsând la o parte discuţiunile asupra naturei reale a opsoninelor: — identitatea lor sau nu cu bacteriolysinele, cu precipitinele, cu amboceptorul, cu alexinele, cu agresininele, ori cu aglutininele; ignorând chiar origina lor leucocytară, ori erytrocytică, ori endotelială; negând chiar complect specificitatea opsoninelor, şi apoi admiţând chiar că ele n'ar lucra asupra microbilor (— sensibilizându-i, făcându-i mai uşor înglobabili), ci ar lucra asupra leucocytelor (stimulându-le în acţiunea lor); In sfârşit, admiţând toate imperfecţiunile metodei lui Wright, totuşi cunoştinţa ei ne poate aduce une-ori servicii apreciabile, prin aceea că ne poate da măsura puterei de rezistenţă a unui organism, la un moment dat şi faţă de o infecţiune dată — cel puţin întru atât cât această putere de rezistenţă depinde de puterea fagocytară a leucocytelor sale.

Așa bunioară, din punct de vedere **diagnostic**, fiind vorba de tuberculosă, Wright a arătat că, dacă determinăm de mai multe ori indicele opsonic și găsim tot-deauna valori normale, bănuiala unei tuberculoze (la persoana examinată) trebue înlăturată.

O putere opsonică slabă (0,3 — 0,8) înseamnă (—aci) tuberculoză.

Această constatare făcută de mai multe ori, indică aproape sigur o tuberculoză locală.

Din contră, un indice opsonic ridicat, prin el singur nu are nici o însemnătate diagnostică. Constatarea lui cere să se alcătuiască o curbă; — o curbă regulat ridicată, denotă o tuberculoză anterioară vindecată, și care oare-cum a vaccinat organismul; din contră, o curbă neregulată, cu ascensiuni și depresiuni, denotă o tuberculoză în plină evoluție, și a cărei intensitate se poate judeca intru cât-va după amplitudinea oscilațiunilor.

Toate tuberculozele chirurgicale posedă un indice opsonic — fie că ar fi vorba de adenopatii, artropathii, etc. Bulloch, în 150 cazuri de lupus a găsit că valoarea medie a indicelui opsonic era 0,75 (limitele extreme, 0,2 — 1,4), iar în 75°/₀ din cazuri, indicele a fost inferior lui 0,8.

Dar, în afară de elementul de diagnostic (mai discutat) pe care-l oferă metoda lui Wright, ea oferă un factor important în stabilirea **prognosticului.**

Cercetările multiple din ultimul timp, în special cele referitoare la partea practică și terapeutică a chestiunei, au adus, după cum bine se știe, numeroase servicii în domeniul medicinei interne.

Din contră, chirurgia — deși mai îndreptățită, pare totuși că a profitat prea puțin de pe urma acestor cercetări, și la noi ea apare tot în perioada inițială.

Cea dintâi boală în care s'a studiat indicele opsonic cu aplicațiune chirurgicală, prognostică(— ca și diagnostică), a fost *tuberculosa*.

Wright, Bulloch, Jousset, etc. au arătat că indicele opsonic variază aci în jurul unităței (0.80—1.20 după Wright, 0.95 după Bulloch). O micșorare constatată de mai multe ori, ar fi dovada unei tuberculose circumscrisă sau latentă; — aceasta s'ar petrece în casurile de tuberculose chirurgicale necomplicate de lesiuni pulmonare.

Din contră, în tuberculosele pulmonare cu evoluție activă, indicele opsonic presintă oscilațiuni însemnate.

Apoi, o curbă stabilă (— stabilitatea indicelui, ori-care ar fi valoarea lui) indică o tendinţă la închistare, la oprire, pe când din contră, o curbă neregulată denotă o tuberculosă în plină activitate.

După Wright, metoda opsonică este, dintre toate procedeele de laborator, aceea care ne dă prognosticul cel mai veritabil, şi prin aceasta este superioară examenului sputelor, al curbii termice, al leucocytosei, aglutinaţiei, etc. Dar, pentru a trage o concluzie prognostică din examenul curbei opsonice, va trebui să considerăm forma şi înălţimea ei, mărirea şi stabilitatea indicelui opsonic.

Plecând de la faptul că în afecţiunile în care a fost studiat, (febra tifoidă), indicele opsonic este un bun factor de prognostic — este un criteriu de apărare organică, J. Lew a întreprins o serie de cercetări şi a studiat curba opsonică la un număr de bolnavi cu fenomene peritoneale (-causate de afecţiuni diverse şi microbi diferiţi). El a examinat în total 42 cazuri, dintre care: 28 de apendicite şi 10 salpingo-ovarite:

In toate cazurile de *apendicită* Lew a considerat acelaşi factor causal — colibacilul şi-a experimentat cu dânsul, iar în cazurile de salpingite s'a servit de streptococ.

Lew a constatat că în cazurile de apendicită acută, cu peritonită generalisată, urmate de moarte (3), indicele opsonic a rămas continuu excesiv de scăzut; din contră, în singurul caz urmat de vindecare, indicele opsonic a crescut treptat.

In cazurile de apendicită acută, cu peritonită localizată, vindecate (11), s'a constatat aproape constant un indice opsonic scăzut — în primele zile de boală; indicele a crescut însă treptat cu ameliorarea stărei bolnavului, iar în urmă a revenit la normală.

In apendicitele cronice şi apendicitele răcite, indicele opsonic prezintă mici variaţiuni de la normală; — în ultimele zile de temperatură indicele este foarte urcat, iar pe măsură ce ne depărtăm de această epocă, el scade treptat — apropiindu-se de normală.

In cazurile de *salpingite* acute, cu pelvi-peritonită (6), indicele opsonic a fost scăzut în fasa acută — fasa de debut, iar în urmă s'a ridicat repede depăşind normala. Odată cu calmarea fenomenelor — către sfârşitul boalei, acest indice se coboară iarăşi tinzând să se apropie de normală.

In salpingitele cronice, a găsit un indice ceva mai ridicat de cât normala, dar aproape de ea. De asemenea, lucrând cu gonococul, indicele se depărta foarte puţin de normală.

Din cele-ce preced, se vede că în infecţiunile acute, există la început o periodă (fasă) negativă — în care indicele opsonic este scăzut. In cazul când boala este în progres, când organismul nu poate resista, indicele rămâne continuu scăzut. Din contră, când boala evoluează spre vindecare, există o periodă numită positivă, în care indicele opsonice creşte treptat şi depăşeşte chiar mult normala — ajungând 6, 8. In urmă, către sfârşitul boalei, indicele tinde iarăşi să se apropie de normală. Scăderea bruscă a indicelui pare să însemne însă o nouă inoculaţiune toxică şi poate chiar să anunţe un sfârşit letal.

Este incontestabil că nu putem pune o conclusiune formală asupra acestei cestiuni, fiind-că: pe de oparte, cercetările făcute până acum sunt încă prea puţine, iar pe de altă parte, există cazuri foarte contradictorii; — într'un caz de contusiune a abdomenului, Lew a găsit indicele opsonic foarte scăzut, şi cu toate acestea bolnavul s'a vindecat în câte-va zile, fără nici o intervenţie.

Totuşi, considerând rezultatele obţinute de Milhit în febra tifoidă, o perfecţionare a metodei lui Wright va putea aduce bune servicii prognostice. Aşa bunioară, chiar de acum s'ar putea trage conclusiunea — nu fără reservă, bine înţeles — că, cele mai adesea, scăderea indicelui opsonic indică agravarea boalei ori lipsa de resistenţă a organismului şi că, e bine ca în asemenea cazuri să nu intervenim chirurgical.

Dar, alături de aceste două cestiuni (diagnosticul şi prognosticul), **terapeutica** aşteaptă de asemenea servicii de pe urma metodei lui Wright.

In adevăr, terapeutica opsonisantă a fost deja aplicată chiar în chirurgie, atât ca metodă curativă cât şi preventivă mult infecţiunilor. Ea consistă în introducerea în organism a unor substanţe (vaccine) capabile să provoace formarea substanţelor protectoare (a opsoninelor). In principiu, vaccinurile acestea se prepară cu microbi ce provin — prin culturi, de la individul care trebue vaccinat.

Se cultivă microbii pe gelosă (— pe cartof, pentru tuberculosă); după 24 ore, se omoară supunându'i la o temperatură de 60^{s}, timp de $^1/_2$ oră; cu aceşti microbi morţi se face o emulsiune, numită emulsiune mumă, pe care o dosăm şi din care putem apoi prepara o serie de alte emulsiuni mai mult sau mai puţin diluate — de dosă cunoscută.

Pentru dosarea emulsiei (a vaccinului), unii cântăresc bacilii morţi. Alţii, ia din emulsie un volum determinat şi-l amestecă cu un volum egal de sânge; din amestec, se i-a câte-va picături, se întind pe lamă şi se colorează; apoi, se numără hematiile şi microbii conţinuţi în mai multe câmpuri microscopice. Raportul dintre cele două ţifre (hematii şi microbi), este egal cu raportui dintre numărul hematiilor conţinute într'un mm. c. de sânge (care se află prin calcul) şi între numărul de bacterii din acelaşi volum (1 mm. c.) de emulsiune. Odată aflat acest număr al bacteriilor, putem să preparăm uşor diverse soluţiuni cu titragiu diferit. De alt-fel, în practică, rare ori se întrebuinţează un autovaccin; laboratoriile posedă şi procură vaccinuri pentru toate speţele de bacterii. De asemenea, aproape că s'a renunţat la controlul indicelui opsonic şi în majoritatea cazurilor ne bazăm acum pe simptomele clinice — pentru a regula dosele vaccinului şi momentul inoculaţiunilor.

In general, introducerea vaccinului în organism provoacă momentan o scădere a indicelui opsonic (fasă negativă), căreia îi succede de obicei o ridicare notabilă şi permanentă (fasa positivă). Se recomandă însă ca injecţiunile (inoculaţiunile) să se facă în fasa positivă sau cel mult când indicele tinde să scadă, dar nu în fasa negativă, fiind-că atunci efectele s'ar putea acumula şi scăderea indicelui poate deveni permanentă.

Această metodă a fost întrebuinţată de Wright şi alţii, dar mai ales de Wolfsohn în tratamentul *tuberculozei chirurgicale*. El emulsionează 5 milig. de tuberculină cu 1 c. c. de ser fisiologic, sterilisează amestecul (timp de o oră, la 60°) şi în urmă îl diluează cu ser, până când 1 cc. (o seringă Provaz) conţine a cincea parte dintr'un miligram de tuberculină.

Wolfsohn a aplicat această metodă în 27 cazuri, în afară de cele medicale; el a întrebuinţat-o şi în tuberculosa cordonului spermatic, adenită strumoasă axilară, tuberculosă articulară, tuberculosă mamară, în lupus masal, etc şi pare să fie foarte mulţumit de rezultatele obţinute. Ich möchte, zice dânsul, daher die Anwendung des Tuberculins, in der oben skizzierten Form gerade für chirurgische Tuberculosen besonders empfehlen.

Th. Walker a întrebuinţat tuberculina în tratamentul tuberculosei *genitale*, injectând doze de 2 miimi din miligram până la o jumătate de miligram, la intervale de 15 zile sau o lună, micşorând dosa atunci când injecţia precedentă a dat o reacţie prea febrilă. Şi pentru el, rezultatele apar bune în tuberculosa genitală şi vesicală primitivă, dar în tuberculosa renală nu intervin de cât ca un tratament complimentar post-operator.

Din contră Ohlmacher a vindecat, fără operaţie, 2 cazuri de pyelonefrită şi pyonephrosă datorite colibacilului, servindu-se de însuşi colibacilul extras din urinele bolnavului.

Churchil şi Soper, Buttler şi Longs, au aplicat metoda lui Wright, în tratamentul *vulvo-vaginitei* fetelor mici. Ei controlau efectul terapeutic al vaccinărei, prin măsurarea indicelui opsonic. De şi n'au putut stabili reguli precise, totuşi, se pare că efectul util al opsonizărei se obţine atunci când nu se mai produce fasa negativă, ci de la început creşte valoarea indicelui (fasa pozitivă).

Cele mai bune rezultate s'au obţinut în *stafilococie* — în cazuri de furonculosă rebelă şi recidivantă. Abelmann dă cel mai demonstrativ exemplu în această privinţă. Wolfsohn dă 16 cazuri tratate cu stafilococi, cultivaţi de la însuşi bolnavii trataţi,— injectând la început doze de 15 milioane bacterii şi crescâăd apoi până la 50 milioane. Este de notat însă faptul că aceste vaccinuri au o influenţă bine-făcătoare (— curativă) numai în cazuri de infecţie localizată, dar nu dau aproape nici un rezultat în infecţiunile generalizate şi grave. Aşa bunioară din 3 cazuri de osteomyelită cu stafilococi, ale lui Wolfsohn, 2 au murit, cu tot tratamentul făcut.

De asemenea, în cazuri de *streptococie* J. şi A. Ohlmacher ar fi obţinut rezultate bune:—în cazuri de flegmoane grave ale membrelor, de erisepel, de infecţie puerperală, dar, recunosc şi ei că în cazuri de infecţie generalizată, tratamentul opsonic nu dă nici un rezultat. Mai mult, Lew socoteşte cu drept cuvânt, că în asemenea cazuri, metoda opsonizantă poate fi chiar periculoasă.

Eyre şi Stewart, Manté, Dieulafoy, etc., au încercat această vaccinoterapie în infecţiunile *gonococice*: — în septicemia gonococică, blenoragia acută, blenoragia cronică şi blenoragia complicată. Ei au întrebuinţat ampule de emulsiune, adiţionate fie-care cu cu câte 0,85 de tricresol. Dosa iniţială în blenoragia acută era de 5 milioane. Afară de blenoragia cronică, în cele-l'alte infecţii gonococice nu s'a obţinut nici un rezultat; mai mult, în blenoragiile complicate de o infecţiune secundară, inoculaţiunile provoacă perioade negative şi rezultatul poate deveni chiar funest.

S'au făcut în fine o serie de alte cercetări asupra terapeuticei opsonisante (Gray, Collier, Maiocchi, Ogilvie, Gaultier, etc). dar rezultatele obţinute până acum nu par prea strălucite.

Una din încercările cele mai importante ce s'a făcut în chirurgie cu metoda lui Wright, a fost aplicarea ei în scop **profilactic.** Ritchie a practicat inoculările cu vaccin antistreptococic în toate cazurile de plăgi grave, iar Lerda recomandă să se aplice aceste inoculaţii la toţi operaţii. Din nefericire însă, această metodă n'a dat aci de loc rezultatele aşteptate, căci chirurgi ca Tuffier, care a exprimentat-o, arată că n'a obţinut nici un efect preventiv.

După cum vedem, această recensiune de fapte sprijine afirmaţiunea de mai sus—că chirurgia a tras foarte puţin profit de pe urma metodei lui Wright, nu numai din cauza cercetărilor speciale insuficiente (puţine), dar şi din cauza rezultatelor negative obţinute până acum. Dintre toate incercările făcute asupra aplicaţiunilor în chirurgie a metodei opsoninelor, numai rezultatele prognostice merită atenţiunea ce li se dă, pe când din cele-l'alte puncte de vedere tot clinica rămâne suverană.

De alt-fel, considerând însăşi metoda în sine şi judecând după rezultatele cercetărilor de până acum, putem s'o considerăm ca mult imperfectă. Ea nu ne poate da o siguranţă absolută, ci ne dă numai valori comparative — cum zice şi Milhit, „elle ne peut fournir que des à peuprès“, fiind-că metoda însăşi, ca ori-ce interpretare de fenomene biologice, este supusă la foarte multe influenţe complexe: — Este o metodă meticuloasă, şi supusă la greşeli de technică din partea operatorului; — e supusă la greşeli cari depind de diferiţii factori: influenţa leucocitelor, a cantităţei serului, concentrarea emulsiei, a frigului, a căldurei, a diluţiunilor serururilor, a alcalinităţei sau acidităţei, a desicaţiunei; apoi, specificitatea opsoninelor nu este absolută; puterea opsoninică variează la diferite animale, se modifică sub influenţa ajunărei, a digestiei, cum şi în perioadele boalei.

Totuşi, datele ce posedăm până azi, permit aplicarea practică a metodei; ea permite un control în dirijarea tratamentului şi în interpretarea stărei de rezistenţă a organizmului infectat. Afară de aceasta, chirurgul fiind şi el înainte de toate medic, trebue să cunoască această metodă, a cărei perfecţiune va putea aduce servicii însemnate.

BIBLIOGRAFIA

Allen. The opsonic method of treatment, London, 1907.

Bube and **Medalla.** Aplicaţiuni practice ale metodei opsonice, *Boston Medic. Journal*, 1908, vol. 158, No. 29.

Bulloch. The treatment of tuberculosis by tuberculin. *Transactions of the royal med. chirurg. Soc.* 1906, vol. 89, p. 69.

Collier. Opsoninele în chirurgie, *The Practitioner*, Mai 1908.

Denys et **Leclef.** La Cellule, 1895, vol. II, f. 1, pag. 177.

French. On opsonic factors; their estimation and use in therapeutics, *Practitioner*, London, 1906, vol. 77, p. 64.

Gaultier. Les opsonines et la thérapeutique opsonisante, *Actualités médicales*, I. B. Baillière, Paris.

Gray. Vaccin treatment in surgery, *Edinbourg medical Journal*, 1908.

Jousset. La méthode opsonique de Wright; ses applications au pronostic et au traitement de la tuberculose. *Bull. médical*, 1907, p. 425, et p. 438.

Levaditi. *Presse médicale*, 31 août 1907, p. 553; 7 sept. 1907, p. 569.

Levaditi et **Inmann, L.** et **Koessler, L.** et **Roche, L.** et **Mutermilch** *Société et Biologie*, Paris, 1907, 1908.

Lerda (Guido). Prophilaxia infectiunei chirurgicale prin immunisatiunea preventivă, *Giornale della Roy. Accad.* di Medicina, di Torino.

Lew H. La réaction hémolytique de Bordet et la recherche des opsonines en chirurgie *These Paris*, 1906.

Loehlein. Phagocytose in vitro. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1905, p. 647; 1906, pag. 939.

Maiocchi. Applicaţiuni practice ale opsoninelor în chirurgie, *La clinica chirurgica*, Milano, 1908.

Milhit. Les opsonines, etc. *Thése, Paris* 1909.

Neufeld. *Deutsche Medizinische Wochenschr.*, 1904, s. 1458.

Ogilvie. Indicele opsonic în chirurgia ortopedică, *Journal of. am. med. assooc.*. Chicago, 1908.

Ohlmacher. Câte-va casuri se infecţie acută sau cronică tratate prin metoda lui Wright, *Amer. Journal of Surgery*, 1907, No. 12.

Ritchie. Bactériotherapie, *Edinb. Med. Journal*, 1908, p. 295.

Sawtchenko et **Melkich.** *Annales de l'Institut Pasteur*, Paris, 1901, p. 498;

Strubel. *Münch. Med. Wochenschr.* 1907, No. 44, s. 2172.

Tod und **Western.** The treatment of lupus and tuberculous disease of the ear, nose and throat by inoculation. *The Practitioner*, Mai 1908, p. 703.

Tuffier. Soins préoperatoires, etc. *Congrès franç de chirurgie*, Paris, Oct. 1909.

Walker. Th. — The tuberculin (T. R.) treatment of tuberculosis of the genito-urinary organs. *The Practitioner.* Mai, 1908, p. 723.

Wolfsohn. Ueber Vaccinotherapie. *Berliner klinische Wochenschrift.* 1909, No. 22, S. 1017.

A. Wright. — *Britisch med. journal.* 1903, 1904. *Proc. Roy. Soc.* London. 1904, 1905, 1906. *The Lancet*, 1907, etc.

A. Wright and **Douglas.** — Notes on treatment of furonculosis, sycosis and acne by the inoculation of a staphylococcus vaccin. *The Lancet*, Martie 1902, Vol. I, p. 874.

FAPTE CLINICE

Dr. NICU ZAHARESCU
Medic secundar al Institutului Maternitatea
Fost intern al Spitalelor Civile

Distocie prin obliterare de natură sifilitică
a
orificiului intern al colului uterin

MEMORIU PREZENTAT PERTRU ADMITEREA CA MEMBRU AL „SOCIETĂȚEI DE CHIRURGIE" DIN BUCUREȘTI

Se știe că pentru terminarea unei faceri pe căile naturale, se cere ca colul uterin să se scurteze și să se ștearga iar orificiul uterin să se dilate suficient pentru a putea da trecere fătului. Sunt unele cazuri în care aceste două fenomene importante ale actului facerei, nu se produc de cât cu o oare-care încetineală, sau chiar pot lipsi cu desăvârșire, sub influența a diverse cauze.

Ori, în studiul de față mă voi ocupa tocmai de una din aceste cauze, cari produc distocie prin împedecarea scurtărei colului, distocie care se întâlnește în clinică foarte rar, dacă nu chiar excepțional și anume: obliterarea orificiului intern al colului.

In adevăr, în serviciul clinicei obstetricale din București, pe un period atât de mare de ani, și pe un număr mare de gravide, nu s'a întâlnit de cât acest singur caz (de asemenea natură), a cărui observațiune este următoarea:

Este vorba de o d-nă Z... I......, în etate de 28 ani, căsătorită, de profesiune casnică, care intră la Maternitatea în ziua de 3 Ianuarie 1910.

Antecedente hereditare și colaterale. Tatăl mort de 7 ani de un cancer al stomacului; mama moartă de 6 ani de meningită cu punct de plecare otic. Are o singură soră, măritată, şi dânsa, şi care se găseşte în perfectă stare de sănătate.

Antecedente personale. Alăptare maternă; nu ştie vrâsta la care s'a făcut dentiţiunea şi când a umblat. Nu a suferit de nici o boală infecţioasă.

Menstruată la 13 ani, timp de 3 zile, fără dureri, cu mici perderi de sânge, menstruaţia se repetă în fie-care lună cu aceleaşi caractere până la etatea de 22 ani. De şi între epocile menstruale această persoană nu avea leucoree şi nici vre-o afecţiune manifestă, totuşi trecerea ei în perioada de pubertate se însoţeşte de o stare de anemie din cauza căreia starea generală părea continu turburată.

La etatea de 22 ani se căsători (Iunie 1904); menstruaţia pe care o avusese în cursul lunei Maiu încetă imediat după căsătorie şi în luna Martie anul următor dădu naştere la termen unui copil bine dezvoltat, care trăeşte şi e sănătos. Sarcina fu purtată foarte bine, facerea şi lehuzia se făcură în bune condiţiuni. In timpul sarcinei, starea ei generală s'a îmbunătăţit fără ca pacienta să fi făcut vre-un tratament deosebit şi s'a menţinut ca atare, anemia dispărând. Acest fapt i-a permis să-şi alăpteze singură copilul timp de 14 luni, în care interval nu avu nici odată menstruaţia.

La o lună după încetarea alăptărei menstruaţia reapăru, ţinu 3 zile, fără dureri, cu mici perderi de sânge şi se repetă 4 luni cu aceleaşi caractere.

O nouă supresiune de menstrui, datorită unei noi sarcini, dură $5^1/_2$ luni. In primele luni se simţi destul de bine, dar către luna IV deveni anemică începu a avea cefalagii intense, insomnii, căderea părului, dureri în membre, mai mult continui, fără exacerbaţiuni nocturne.

Către mijlocul lunei a VI-a sarcina se întrerupe, după afirmaţiunile lehuzei, în urma unui efort făcut pentru a ridica o mobilă grea, ceea ce-i provoca o abundentă emoragie, însoţită de dureri lombare, care durară 6 ore şi se terminară cu expulzia a 2 embrioni — unul de sex masculin şi altul femenin. — Sarcina pare a fi fost complicată şi de hidramnios, (după afirmaţia moaşei care a asistat-o). Leuzia, în urma acestui avort, fu complicată de o infecţie puerperală, pentru care fu căutată acasă timp de 3 săptămâni şi apoi în serviciul de gynecologie din Spitalul Filantropia unde stătu 2 săptămâni şi i se făcu un raclaj. In acest timp, pe lângă cefalagiile şi durerile în membre, surveni şi o laringită, rebelă la toate tratamentele ce se făcură, dar n'a observat nici o eflorescenţă pe piele sau vre-o leziune în gură.

De la acest avort, avea mici perderi de sânge aproape zilnic timp de vre-un an şi cu toate că încercă mai multe tratamente locale şi generale totuşi nu putu modifica starea generală şi anemia profundă în care se afla.

Rămânând din nou însărcinată — a treia sarcină — avu greţuri, vărsături, cefalee etc. Aceste fenomene încetară odată cu întreruperea sarcinei care avu loc peste vre-o $2^{1}/_{2}$ luni, fără vre-o cauză provocătoare apreciabilă, fără dureri mari, şi numai cu mici perderi de sânge.

Menstruaţia reveni la 3 luni după avort, pentru a înceta iarăşi după un scurt timp din cauza unei noi sarcini (a IV-a), care fu dusă până la $7^{1}/_{2}$ luni. Cu vre-o 20 zile înainte de facere, care avu loc în Institutul Maternitatea, sub influenţa unei violente emoţiuni, mişcările fetale nu mai fură simţite. Femeea dete atunci naştere unui fat mort macerat după mai multe zile de travaliu foarte dificil.

Sarcina actuală datează din cursul lunei Martie 1909. Atunci avu pentru ultima dată menstruaţia (care incepu la 24 Martie şi se termină la 28 ale aceleeaşi luni). Cu primele micşcări fetale pe cari le simţi în cursul lunei a V-a, greţurile, vărsăturile, cefaleea, insomniile, pe cari le avea de la începutul sarcinei, dispărură dar totuşi starea generală nu era satisfăcătoare, ci femeea se simţea continu slăbită, obosită. In cursul lunei a VIII, vărsăturile reapărură din nou, dar de această dată cu atâta intensitate că stomacul nu tolera nici lichidele luate în mică cantitate; femeea avu câte-va frisoane şi febră. Această stare dură câte-va zile, încetând aproape cu totul la 25 Decembrie 1909, când nu mai simţi nici mişcările fetului. De la această dată avu dureri lombare, cu iradiaţiuni către membrele inferioare, dureri ce se întindeau şi la abdomen, însoţite şi de contracţiunea uterului aproape continuă, suprimându-i aproape cu totul somnul şi făcându-i imposibilă alimentaţiunea. In ziua de 2 Ianuarie 1910, ora 7 p. m., sunt chemat spre a o vedea; o găsesc într'o stare de extremă agitare, se plânge de dureri abdominale; temperatura axilară 38° 6 pulsul 116, facerea neîncepută, deşi avea contracţiuni foarte puternice. Consiliez a o aduce la spital, cazul prezentându-se grav şi particular şi-i prescriu pentru liniştirea contracţiunilor, clizme cu cloral hydrat.

3 Ianuarie 1910. *Starea prezentă.* La examenul general constatăm că gravida e de statură mijlocie, are scheietul bine dezvoltat, țesutul celular subcutant mult redus, tegumentele și mucoasele palide. Figura obosită, gripată, ochii excavați; temperatura axilară 37°; pulsul mic, frecuent, regulat, bate 88 pe minut; urina nu conține albumină, nici zachăr.

Nimic particular din partea pulmonilor și a cordului; ficatul dă o matitate de 12 ctm. pe linia mamelonară; splina percutabilă; rinichiul drept puțin sensibil, scoborât. Sensibilitatea și sensoriul bine conservat. Reflexele cutanate, faringien, tendinoase și pupilare normale. Nu prezintă adenopatie, oedeme nici varice.

Masca sarcinci puțin manifestă; mamelele bine desvoltate cu areola și mamelonul pigmentat, dând prin presiune câte-va picături de serozitate opalescentă.

Abdomenul mult distins, având o formă regulată, mai proeminent înainte de cât pe laturi, cu cicatricea ombilicată puțin distinsă și împinsă înainte; linia albă slab pigmentată. Priu inspecțiune se mai constată numeroase vergeturi vechi și noi atât pe abdomen cât și pe mamele. Conținutul abdomenului, este format de o tumoră ovoidală, cu axa cea mare dirijeată de sus în jos, întinzându-se de la simfiză până sub falșele coaste, înclinată mai mult spre dreapta, având o suprafață regulată, netedă, elastică, cu alternanțe de contracțiuni, între cari totuși păstrează o oare-care tensiune dureroasă, din cauza căreia întâmpinam mare greutate în palparea părților fetale. La ascultație nu auzim de cât suflul uterin.

Vulva puțin violacee, vaginul cu mucoasa înmuiată, fundurile de sac vaginale libere, segmentul inferior puțin destins, colul îndreptat puțin înapoi, e lung, tare, având orificiul extern întredeschis, abia permițând pulpa degetului.

Cu toate contracțiunile pe cari le avea, facerea nu era începută și spre a procura gravidei câte-va ore de repaos, i se administrează clizme cu cloral hidrat. Intârzierea inceperei travaliului a fost pusă pe seama unei rigidități a colului: Temperatura vesperală 37°3.

4 Ianuarie. Contracțiuni regulate, intermitente, puternice, dureri vii, fără modificări sensibile ale colului. Temperatura matinală 37°1, vesperala 37°7; anorexie, insomnie din cauza durerilor. Se administrează din nou cloral.

5 Ianuarie. Aceeași stare generală și locală. Se dau tonice și se fac dușuri calde prelungite pe col după metoda lui Kivisch.

Temperatura 37°2 dimineaţa, 37°9 seara; pulsul 90—100, mic, slab.

6 Ianuarie. Starea generală ca mai înainte, colul însă, deşi tot lung, se găsesc puţin înmuiat, cu orificiul extern întredeschis suficient că să putem întroduce degetul în cavitatea colului — până la orificiul intern unde dăm de un obstacol — de o barieră solidă. Constatăm aci că, un diafragmon membranos, gros, întins, rezistent, fără elasticitate, situat chiar la nivelul orificiului intern, forma un fund de sac perfect închis. Cavitatea colului se găsea ast-fel separată marea cavitate a uterului şi ne dădea impresia unui degetor musculos, a cărei gură era formată de orificiul extern, fundul de către bariera membranoasă, iar corpul de pereţii colului.

Senzaţiunile nete căpătate prin examenul digital ne-au dispensat a mai face examenul cu specul, şi ne-au impus conduita pe care am urmat; adică suprimarea obstacolului; de oare-ce contracţiunele uterine singure, erau incapabile a-l distruge.

La ora 10°30′ a. m., după măsurile luate ca pentru ori-ce operaţiune obstetricală, sprijinind bine fundul uterului cu o mână, iar cu indexul mânei libere introdus în col, am făcut mişcări de sfredelire şi după câte-va minute se reuşeşte a se distruge bariera de separaţiune a uterului de col, dând ast-fel orificiului intern, permeabilitatea sa. Indexul, continuând opera începută, lărgeşte suficient acest orificiu prin care acum se dă de membranele oului intacte, libere de ori-ce aderenţă cu marginele orificiului şi cu pereţii segmentului inferior al uterului. Marginele orificiului intern sunt netede, tari, vibrând pare-că sub degetul explorator, dând senzaţiunea unei coarde groase.

Contracţiunile uterine continuară, dar de data aceasta eficace, aducând treptat ştergerea colului, dilatarea orificiului uterin şi terminarea facerei; care se petrece spontanee — după 6°20′ de la intervenţia descrisă mai sus. — Placenta se expulza spontaneu după 5 minute. Durata totală a travaliului fu deci de 6°25 minute. Fătul s'a angajat într'o prezintaţie pelviená varietatea bucilor S. I. S. A.

Placenta cântărea 650 gr., nu prezenta nimic particular; inserţia cordonului şi ruperea membranelor centrale: cordonul avea lungimea de 68 ctm.

Lehuzie fiziologică, fără cea mai mică ascensiune termică. Se face tratament general, se dau tonice, injecţiuni cu serum artificial.

La a 12-a zi a lehuziei, după cerere, părăseşte institutul Maternitatea, cu o stare generală bună, cu uterul bine involuat.

Fătul. Cântărea 2500 gr., lungimea 48 ctm.; maceraţiunea tegumentelor foarte înaintată, abdomenul mult distins de un lichid sanguinolent. Acelaş lichid sanguinolent se găsea în ambele pleure, pulmonii atelectazici, scârţie la secţiune. Ficatul foarte mare, scârţie la secţiune, asemenea şi splina. Creerul difluent ca o pulpă; nimic particular din partea celorl'alte organe.

Cu ocazia plecărei lehuzei, am putut afla de la soţul ei, care venise să o ia, cà la 1 an jumătate după naşterea primului copil, dânsul (bărbatul) contractase un sifilis pentru care şi-a făcut un tratament nu destul de complect, de oare-ce a avut în repetate rânduri manifestaţiuni secundare, discrete, dar de care sifilis se consideră azi vindecat. Soţiei sale nu i-a comunicat nimic despre boala sa.

După eşirea din Institut făcând femeei reacţiunea lui Wassermann, am găsit-o pozitivă, ceea ce m'a îndreptăţit şi mai mult a-i recomanda să urmeze un tratament mercurial.

Aşa dar, în cazul de faţă am avut de a face cu o *Distocie prin obliterarea de natură sifilitieă a orificiului intern al colului la o quintipară, la termen, cu un făt mort, în prezentaţie pelvienă S. I. S. A.*

După cum s'a putut vedea, această obseraaţie prezintă un deosebit interes nu numai din punct de vedere al rarităţei cazului clinic, ca distocie prin obliterarea orificiului intern al colului, dar mai ales este important prin cauza extrem de rară care a provocat această obliterare: *sifilisul.*

Inante de ori-ce alte consideraţiuni, và trebui deci să ţinem seamă aci de raporturile sifilisului cu toate sarcinile—afară de prima— întru cât putem afirma cu siguranţă că aceasta a fost cauza care a provocat aborturile repetate şi moartea feţilor.

Aşa bunioară prima sarcină, când tatăl şi mama erau indemni, fetul e dus până la termen, născut în bune condiţiuni şi trăeşte şi în prezent.

La un an jumătate după procrearea primului copil, tatăl contracta un sifilis extra-conjugal; are un şancru sifilitic genital, căruia îi urmează şi accidente secundare discrete (rozeolă); a fost căutat de un specialist, care îi institue tratamentul curent. După contractarea acestui sifilis, bărbartul continue raporturile intime cu soţia sa, şi a doua sarcină are loc, mergând până la 5 jum. luni, când se produce un abort gemelar pe care soţia l'a atribuit ridicărei unei mobile grele. De prin luna IV-a a acestei sarcini, femeia are simptome generale de sifilis, consistând în turburări ale nutrițiunei, cefalalgii, insomnii, dureri în membre, căderea părului, anemie.

Având în vedere, pe lângă fenomenele generale descrise mai sus, aborturile repetate şi facerile premature, cu feţi morţi maceraţi, precum şi reacțiunea pozitivă a lui Wassermann, nu mai poate rămânea deci nici o îndoială de contaminarea cu sifilis de la soț.

In ce priveşte însă timpul când contaminarea s'a făcut nu putem afirma nimic; ea ar fi putut avea loc înaintea celei de a doua concepțiuni, odată cu dânsa, prin ea sau după concepțiune.

Este probabil că infecțiunea s'a făcut pe cale genitală şi a trecut neobservată, nedând loc la manifestațiuni, cari să atragă atenția, nici din partea tegumentelor, nici din partea mucoaselor. Numai laringita, de care am vorbit în cursul observațiunei, prin lunga durată şi rezistenţa la ori-ce tratament, pare a fi fost singura manifestaţie secundară a sifilisului la mamă.

Acum, ştiut fiind, că sifilisul în manifestaţiunile lui primare, secundare şi terţiare, produce în organizm diverse leziuni, cu sediuri foarte variate, ne putem întreba dacă între cauza distociei de care ne ocupăm şi sifilis, nu ar exista vreun raport.

Se ştie iară că patogenia obliterarei a orificiului intern al colului ca şi acea a orificiciului extern, recunoaşte mai multe cauze, dar nici una din ele nu poartă pecetea unei particularităţi distictive. In adevăr, pe când în simpla *aglutiuare*, care poate avea loc la unul sau la ambele orificii, şi chiar la întregul canal cervical, după cum a arătat Naegele cel dintâi, obstacolul e constituit dintr'un ţesut pseudo-membranos sau fibros, pe care l'a comparat cu materia care uneşte placenta de uter, sau vesică, intestinele. la peretele abdominal, ca în toate cazurile, când inflamaţia se termină prin aderenţe; într'o obliteraţiune însă, ţesutul este ca şi aponevrotic.

Obliterarea limitată câte odată la orificiul intern poate obstrua ambele orificii şi canalul intermediar. Pare deci, după cum observă Depaul că aceste diferite stări nu constituesc de cât grade mai mult sau mai puţin avansate ale unuia şi acelaşi proces morbid.

Obliterarea complectă este de alt-fel mult mai rară ca obliterarea parţială sau incomplectă şi, după observaţia judicioasă a lui Depaul, dacă cazurile de obliterare incomplectă sau parţială nu sunt rare, nu e tot aşa şi cu obliteraţiunile complecte, cari, din contră, sunt excepţionale.

Este evident că aceste observaţiuni nu se raportă de cât la femei însărcinate, leziunea neputându-se produce de cât în cursul sarcinei şi odată fecundaţiunea efectuată, afară numai de cazul când s'ar fi stabilit vre-o comunicaţiune insolată, care să permită transportul direct al spermei în uter. Trebue deci să privim ca bine stabilit, că, procesul care a produs obliterarea orificiului a început după fecundaţiune, sau poate chiar că el exista înainte, că strâmtase în mod simţitor orificiul şi că sarcina, intervenind, a creiat condiţiuni mai favorăbile pentru complectarea sudurei (Depaul).

Cauzele incriminate că produc această sudură sunt: *violenţele* pe cari le sufere colul în timpul parturiţiunei, mai ales când aceasta e lungă şi penibilă şi când facerile anterioare au reclamat intervenţiuni instrumentale, precum reese din observaţiunile doamnei Boivin, de Dance, de Lachapelle (Tarnier); *cauterizările* colului, practicate pentru ulceraţiuni anterioare, fie cu nitrat de argint, fie cu fierul roş; *injecţiunile caustice*.

Depaul nu crede însă că injecţiunile şi cauterizările sunt suficiente pentru a produce obliterarea complectă a colului şi că trebue ca la aceste cauze să se adauge modificaţiuni speciale, pe cari gestaţiunea le imprimă organelor generaţiunei, de oare-ce există cazuri, în cari cauterizările nu au fost practicate, (femeile fiind primipare). Trebue deci să admitem că unele fenomene morbide pot să se producă în col, în timpul sarcinei şi să dea loc unei obliteraţiuni destul de rezistente, aşa că contracţiunile cele mai puternice să nu fie capabile să o distrugă.

In cazul nostru nu s'a făcut nici o intervenţie instrumentală pe col în cursul sarcinelor anterioare, afară numai de un simplu raclaj după primul abort; nu s'au făcut cauterizări, nici injecţiuni caustice.

Apoi, din observaţiunea cazului vedem că, la penultima sarcină travaliul foarte dificil a durat mai multe zile; reese de aci că încă de la acea dată ar fi putut exista o obliteraţie complectă sau incomplectă a orificiului intern, obliteraţiune care a cedat însă contracţiuniior uterine, facerea s'a putut termina spontaneu. Această tendinţă la obliterare a orificiului intern, devenit fapt constatat la ultima sarcină, releva o cauză persistentă, cu acţiune de lungă durată, putându-se manifesta şi în viitor. Ori-cum existenţa sifilisului a fost bine dovedită la femeia aceasta şi pe de altă parte cunoscând diversele manifestaţiuni îndelungate pe cari le prezietă sifilisul putem cu drept cuvânt să afirmăm că obliteraţiunea orificiului colului era de origină sifilitică. Contra acestei afirmaţiuni nu s'ar putea aduce nici o obiecţiune clinică (de oare-ce toate celelalte cauze, cari ar fi putut fi incriminate, lipsesc), pe când, din contră, în favoarea ei avem un fapt cert: sifilisul.

Dar se mai ştie iarăşi că ori-cărei cauze ar fi datorită obliteraţiunea, ea dă naştere aceleiaşi distocii şi expune la un mare număr de erori.

Tactul vaginal practicat, cum e suficient a-l face în cel mai mare număr de cazuri, atunci când nimic nu ne face să bănuim ceva anormal, permite să constatăm o porţiune vaginală a colului, mai mult sau mai puţin eşită, cu orificiul extern întredeschis şi care admite extremitatea degetului. Atenţiunea nu va fi atrasă de cât atunci, când contracţiunile uterine se vor fi exercitat de cât-va timp şi nu vor fi produs nici una din modificaţiuniln obişnuite ale colului. Atunci traversând cu degetul orificiul extern, se întâlneşte la nivelul orificiului intern un perete complect, fără nici o urmă de orificiu.

Stiletul substituit degetului nu va pătrunde nici el mai adânc. Colul îşi păstrează situaţia normală, sau e puţin deviat şi prins între valvele unui specul întrodus în vagin, ne permite să constatăm direct sudura complectă a orificiului superior şi imposibilitea de a introduce un stilet, aşa că diagnosticul se impune.

In cazul nostru diagnosticul nu s'a putut face de cât în ultimul timp, atunci când cu ajutorul tactului vaginal, am putut constata obliterarea, deşi n'am pierdut din vedere toate supoziţiile posibile.

Scoţând din cauză contracţiunile uterine, cari erau puternice şi regulate. putând termina facerea eficace, după cum s'au dovedit după supresiunea obstacolului, toată atenţiunea ne rămânea îndreptată asupra porţiunei inferioare a uterului, asupra colului uterin. In adevăr, graţie *rigidităţei* sale, (stare particulară, caracterizată prin rezistenţa pasivă sau activă la dilatare) colul uterin putea întârzia facerea, dar cele 3 varietăţi de rigiditate ale colului (rigiditate anatomică, spasmodică şi patologică) au fost excluse pe rând.

Rigiditatea anatomică consistă într'o stare particulară a colului, care opune o rezistenţă pasivă dilatărei cu toate contracţiunile puternice şi energice ale uterului. Colul în acest caz are o consistenţă specială, asemănătoare cu acea a pielei unsă cu grăsime

Marginile sale sunt dure, groase, rezistente, nedureroase, pastrându-şi o lungime relativă, ca la efectuarea abortului. Ceea ce predomină sunt durerile lombare; contracţiunile sunt regulate, energice, însă fără efect, căci în momentul contracţiunei, deşi partea prezentată apăsa pe col, nu-l poate modifica şi nu-i rar în unele cazuri de a vedea perioada de dilataţiune durând mai multe zile.

Rigiditatea spasmodică nu mai e un fenomen pasiv, ci unul activ, putându-se produce atât în perioada de dilatare cât şi în a doua perioadă a travaliului. In timpul perioadei de dilatare se pare la început că travaliul va merge regulat, că dilataţia se face normal, dar de o dată, sub influenţa unei cauze excitatoare, colul îşi revine şi se retractă. Se face un veritabil spasm al fibrelor circulare ale orificilui, spasm care coincide adesea cu iregularitatea şi perversiunea contracţiunilor uterine. Colul atins de această rigiditate este subţire şi dureros, orificiul mai mult sau mai puţin dilatat şi circumscris prin mărgini subţiri, tranşante, dure..

Rigiditatea patologică, cauzată de bride, cicatrice ale colului, tumori, alteraţiuni canceroase, sau de altă natură ale colului, are caractere particulare speciale cauzei care a produs-o.

O varietate din cele mai rare şi pe care o putem considera cu totul particulară, de alteraţiune a colului, e scleroza de origină sifilitică, manifestă prin ipertrofia colului.

Deviaţiunile orificiului colului, fiind subordonate deviaţiunilor corpului (mai ales obliguităţei posterioare a acestuia, care e regula) în timpul travaliului întârzie dilatarea, din cauză că eforturile uterine se sfărâmă de col (ne mai putându-i fi transmise direct). Pentru a remedia, e suficient a aduce colul în axa ligheanului în timpul unei contracţiuni, menţinând femeea culcată.

Aglutinarea sau obliterarea orificiului extern al uterului, traducându-se tot prin lipsa de dilatare în timpul contracţiunilor regulate şi repetate, se depărtează repede, prin un tact vaginal.

Terminarea facerei în cazul unei obliterări complecte a orificiului intern, nu se poate efectua fără ajutorul artei, fie că distrugerea membranei obliterante se face digital sau instrumental.

Starea de lucruri creată prin această distocie este puţin gravă pentru făt, căci efectele manifestându-se în perioada de dilatare, nu au nici o influenţă asupra lui.

Nu tot aşa însă este şi pentru mamă, căci contracţiunile uterine conservând în general forţa şi intensitatea lor regulată, aduc privaţia de repaos, de somn şi o stare de oboseală, care se traduce prin excitaţiune, urmată curând de depresiune, de slăbiciune mai mult sau mai puţin accentuată, cu reacţiune fibrilă şi travaliul, putându-se prelungi peste măsură, prin simplul fapt al acestei prelungiri pot surveni tot felul da accidente post-puerperale. Mai mult încă, uterul surmenat nu mai are forţa necesară spre a termina facerea şi o dată rezistenţa învinsă, poate urma inerţia uterină cu toate consecinţele ei.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Medic Colonel Dr. M. CĂLINESCU

DARE DE SEAMĂ

DE

MIŞCAREA BOLNAVILOR IN SPITALUL MILITAR „REGINA ELISABETA“ IN CURSUL LUNILOR IANUARIE, FEBRUARIE ŞI MARTIE

Au fost îngrijiţi în acest interval 3078 bolnavi, cu un număr de 33.450 zile. Bolnavii repartizaţi după servicii, au prezentat următoarele particularităţi mai interesante:

In **Serviciul Medical** s'au îngrijit un număr de 821 bolnavi, predominând boalele sezoniere: gripa, pneumonia, pleurezia, reumatizmul poliarticular acut, etc.

In *pneumonie*, tratamentul cu digitală în doză masivă (4 gr.) a dat rezultate excelente şi constante; 4 cazuri de *pleurezie purulentă metapneumonică*, toate au sfârşit satisfăcător.

Pleurezia seroasă, nici odată mai puţin de 8°/₀ din numărul bolnavilor din serviciul medical, în mod constant cu reacţie leucocitară, exclusiv limfocitară şi cu temperatură, a fost tratată cu destul succes şi prin autoinoculare subcutanată cu lichid extras din pleură; în foarte rari cazuri toracenteza a fost indicată.

Gripa, pe lângă cazurile uşoare, s'a prezentat la unul din regimente cu caracterele unei epidemii de o virulenţa neobişnuită: caracter septicemic, stare tifică pronunţată, temperatură ridicată, delir, urmate după 10—15 zile de o astenie foarte pronunţată. In trei cazuri un exantem cu caracter hemoragic şi rugeoliform însoţea fenomenele descrise mai sus: starea tifică, delirul, temperatura, serodiagnosticul negativ (cu tific și paratific), ușoară polinucleoză, culturi negative din sânge, au făcut să ne îndoim dacă nu care cum-va avem de a face cu un tifus exantematic.

Un caz de *tuberculoză miliară acută bucofaringiană* tip Isambert: febră, ulcerații tuberculoase, cari ocupau ambele amigdale și o parte din vălul palatului, numeroși baccili Koch pe frotiuri făcute cu depozite de pe aceste ulcerațiuni, ganglioni cervicali foarte tumefiați.

In **Serviciul mixt-oculistic** mai important un caz de periostită orbitară cu exoftalmie; globul ocular dureros la presiune, este exoftalmiat, dureri iradiante însoțesc inflamațiunea pleoapelor, chemosis, reacție leneșă a irisului. La examenul fundului ochiului: stază papilară evidentă. Tratamentul mercurial asociat cu curenți electrici și bandaj compresiv, ameliorează mult pe bolnav.

In **Serviciul Chirurgical**, au fost îngrijiți 583 bolnavi; s'a intervenit în 313 cazuri, întrebuințându-se ca metodă de anestezie în majoritatea cazurilor stovaină după procedeul Bier și modificările aduse în urmă de prof. Th. Ionescu, Poenaru, etc. Cefalalgiile și mai ales retenția de urină au dispărut aproape de când întrebuințăm în anestezii acidul lactic (5 picături la 10 grame de apă), combinat cu stovaină.

S'a intervenit de urgență pentru sutura plămânului într'un caz pe plagă prin armă de foc în regiunea precordială: orificiul de intrare în al III-lea spațiu intercostal la 5 cm. de linia sternală, orificiul de eșire sub spina omoplatului. Soldatul a fost găsit târziu după sinucidere, cu toate fenomenele unei hemoragii interne: țesuturile anemiate, fără puls, matitate complectă a hemitoracelui stâng, s'a făcut rezecția a 3 coaste, curățindu-se cavitatea de chiagurile cari o umpleau. După golirea cheagurilor se vede, pe fața anterioară a lobului inferior stâng, o gaură de intrare mică, cea de eșire pe partea posterioară fiind ovală și de 3—4 ori mai mare. După ce s'a făcut sutura orificiilor, se sutureaza lamboul cutanat lăsându-se un tub de dren.

Două cazuri mortale cu streptococie și unul datorit unei epiploite strangulate supurată, bolnavul intrând în spital cu fenomene de peritonită.

Serviciul boalelor venerice, a numărat 1004 bolnavi, dintre aceștia 30 °/₀ blenoragici, restul sifilis și boale de piele, cu majoritate scabie. Nimic deosebit ca evoluție morbidă.

In **Serviciul boalelor contagioase**: febra tifoidă în descreştere faţă de luna anterioară. Intre complicaţiuni: *a)* enteroragii repetate într'un caz au fost oprite cu injecţiuni de ser normal de cal. *b)* O splenopneumonie dreaptă şi flebită a membrului inferior. Şase cazuri benigne de scarlatină; un singur caz de difterie drept, şi 6 de rugeolă fără nici o complicaţiune; 54 cazuri de oreillon, au avut în 10% cazuri complicaţiuni testiculare.

LUNA MEDICALĂ

Reviste şi publicaţiuni străine

Bacteriologie

BESREDKA. — **De la vaccination par les virus sensibilisés.** *(Bullet. Inst. Pasteur*, No. 6, 1910). Revistă generală foarte complectă coprinzând în mare parte numai cercetările personale a autorului. După ce arată inconvenientele vaccinului: tific, pestos (mai ales) etc., cari dau dese-ori efecte toxice destul de violente pentru ca de multe ori să se prefere boala, vaccinului—indică technica pentru obţinerea microbilor sensibilizaţi, eliminând din serul specific totul afară de anticorp. Culturile făcute pe geloză emulsionate în apă fiziologică, încălzite la 60° dacă e vorba despre Pestă, sunt amestecate cu serul specific, care de obiceiu e foarte aglutinant; — să ia depozitul decantându-se serul, şi să spală de 3—4 ori în apă fiziologică; afară de anticorp, care e fixat pe corpii microbieni, toate albuminoidele serului sunt gonite prin spălare. Rămâne la urmă o pastă semilichidă, care emulsionată în apă fiziologică, să inoculează, constituind vaccinul sensibilizat. Cercetările autorului, cu vaccin tific, pestos, choleric, i-au dat rezultate remarcabile: imunitatea sigură, repede, durabilă, lipsă de toxicitate. In adevăr imunitatea e realizată între 24—48 ore; vaccinul pestos sensibilizat nu dă nici o reacţie locală sau generală, puterea imunizantă fiind de 30 ori mai mare ca a vaccinului Haffkine. Cercetările lui A. Marie, în turbare, vaccinand cu virus sensibilizat, i-au dat rezultate admirabile la animalele de experienţă, la cari o singură injecţie de virus sensibilizat era suficientă ca să prezerve de turbare animalul, care în aceaşi zi primea o injecţie de virus fix. Metoda aplicată la om, o singură injecţie de vaccin sensibilizat şi injecţii cu măduvi uscate, începând cu măduva de 6 zile, i-a dat rezultate foarte bune, mai ales la oamenii, cari încep târziu tratamentul. Foarte bune rezultate a căpătat Darter în dizenterie şi Theobald Smith în difterie, întrebuinţând aceiaşi metodă.

M. CIUCĂ.

BRIEGER et HERMANN RENZ CHLOR și H. NOGUCHI. — **On non specific complement fixation.** (*Proceed. Soc. Exper. Biol. a. Med.* t. VII p. 2 Dec. 1909 p. 55, *bulet. Inst. Past.* No. 7, 1910). Intrebuințând ca antigen tuberculina și nucleo-proteina bacililor tuberculoși, autorii au obținut fixarea complimentului atât cu serul tuberculoşilor (29 cazuri) cât și cu al indivizilor indemni de tuberculoză (35 cazuri). Cercetări analoage la cari s'a întrebuințat ca antigen: peptonă, albumoze, glicogen, diferitele extracte microbiene, extracte de țesuturi și organe. diverse produse de proteine, au dat totdeauna fixarea complimentului, când se întrebuința serul proaspăt de om ca anticorp. Fapt confirmat și de Weinberg și de Parturier cu glicogenul luat ca antigen. Fixarea nespecifică a complimentului s'ar inlătura în reacțiunea Wasserman prin întrebuințarea unui antigen, care să nu conțină substanțe proteice, faptul putând fi realizat prin tratarea extractului de ficat sifilitic cu acetonă.

CIUCĂ.

EMIL EPSTEIN et ERNST PRIBRAM. — **Studien über die hämolysirende Eigenschaft der Blutsera II. Wirkung des sublimats auf die complexe Hämolyse durch Immunserum und die Wassermann'sche Reaction.** (Studii asupra proprietăților hemolitice a serurilor sanguine. Acțiunea sublimatului asupra hemolizei printr'un ser imunisant și asupra reacțiunei Wassermann). *Zeits. exper. Path. u. Ther.*, t. VII, f. 2, 28 Decembre 1909 p. 749, d. *Bulet. Inst. Pasteur* 7, 1910. O cantitate de 0,025 gr. de sublimat pe cm. cub, este suficientă pentru a neutraliza puterea deviatoare a complimentului de către un ser sifilitic în prezența unui antigen. Faptul are importanță în reacțiunea Wassermann la indivizi care urmează un tratament cu sublimat. Cum, după Diesselhorst, mercurul se elimină 2—3 și până la 5 luni după tratament, valoarea unei reacțiuni Wassermann, negativă, ar fi nulă înainte de cel puțin 6 luni după tratament.

CIUCĂ.

HILLENBERH. — **Zur Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose.** (Origina și întinderea tuberculozei Zeit. f. Hyg. t. LXIV p. 3, *bulet. Inst. Post.* 5, 1910). Cercetări făcute pe 600 copii și 300 adulți, întrebuințând tuberculina pe cale cutanată, arată proporția însemnată de tuberculoși de (50—82$^0/_0$): rezultate căpătate cu tuberculina veche; la tuberculina bovină însă n'au reacționat pe aceleași cazuri decât 7.15$^0/_0$ la copii și 9.66$^0/_0$ la adulți. După autor numai contagiunea contează în infecțiunea tuberculoasă, care să face pe ori-ce cale; cu deosebire însă la adulți pe cale respiratorie, la copii prin ingestiune.

CIUCĂ.

H. NOGUCHI. — **A rational system of serodiagnostic of syphilis.** (*Americ. Med. assoc.* 16 session juin, 1909 d. *bulet. Inst. Past.* No. 7, 1910). Pentru a înlătura atât puterea anticomplimentară a extractului apos de ficat sifilitic cât și diferiții acizi grași hemolitice, autorul preconizează să se trateze extractul alcoolic de ficat sifilitic cu acetonă; să păstrează la infinit, eficacitate constantă, cu condiție ca să se prepare soluțiunea extemporanee. Remarcă încă că serul sifilitic, încălzit $^1/_2$ oră la 56° pierde 75$^0/_0$ din anticorpi.

CIUCĂ.

R. P. ROSSI. — **Sulla tuberculosi congenita dei vitelli** (tuberculoza congenitală a vițeilor) *Clin. Veter. Sezione scientif.* 1910 d. *bulet. Inst. Past.* 5, 1910) Demonstră tuberculoza congenitală a vițeilor constatată pe fetuși morți în timpul gestaţiunei sau în primele zile după naştere: ceia ce ar fi un argument în plus pentru hereditatea prin transmisiune placentară şi care ar juca un rol hotărâtor în etiologia tuberculozei bovideelor. Ficatul şi anexele limfatice sunt de cele mai multe ori sediul acestor leziuni. Intr'unul din cazuri dă relaţii asupra perfectei integrităţi a organelor genitale ale mamei.

POLAK DANIELS. — **Kunstmatig verkregen tuberculeuse cavernen in den longen von Guineesche biggetjes.** (Caverne experimentale în pulmonii cobailor). *Nederl. Tijdschr. v. Genesck*, p. 2, 1909, d. *bulet. Inst. Past.* No. 5, 1910). In mod constant uşurează şi grăbeşte formaţiunea de caverne la animalele tuberculoase, făcându-le una sau mai multe injecţiuni cu tuberculină (0.2). CIUCĂ.

R. BROLL. — **Ueber das Vorkommen und den Nachweis von Tuberkel bazillen im strömenden Blut lungentuber ulköser Rinder** (Punerea în evidenţă a bac. tub. în sângele bovideelor cu tuberculoză pulmonară. *(Berl. Thier. Woch.* 49; 9 Dec. 1909, d. *bulet. Inst. Past.* No. 1910). Incearcă procedeul lui Lippmann şi Forsyth, la vacele cu tuberculoză pulmonară incipientă: 1 c. c. sânge în 15 c. c. acid acetic 3%, centrifugare o oră, sedimentul 2—3 ore la etuvă cu 15—20% antiformină; — amestecul să centrifugă încă o oră şi să colorează sedimentul; găseşte în mod constant b. Koch (în mic număr). CIUCĂ.

SABRAZÈS et ECKENSTEIN. — **Note on a simple method of fixation of the complement im syphilis.** (*Medec. moderne* 26 janvier, 1910, Lancet No. 4, 22 janvier 1910, *d. bulet. Inst. Pasteur* No. 7, 1910). O statistică pe 1000 cazuri de sifilis, controlaţi cu reacţia Wasserman şi la cari autorii au făcut procedeul lui Hecht, întrebuinţând ca antigen extract alcoolic de cord de om, au dat absenţă de putere hemolitică în 28/500 cazuri. Absenţa hemolizinei era îndreptată prin adăugirea unui alt ser cu putere hemolitică cunoscută. CIUCĂ.

UNNA P. G. — **Die Unterscheidung lebender und toter Leprabazillen durch Doppelfärbung.** (*Mediz. Klin.* 1 aout, 1909, d. buletin. Inst. Pasteur, No. 61.910). Autorul caută să pună în evidenţă bacilii leprei morţi din organizm, cari şi'au perdut acido rezistenţa, făcând după Ziel şi decolorare o coloraţie dublă cu orceină sau întrebuinţând albastru Victoria (24 ore), decolorare şi safranină; cu cât lepromele sunt mai vechi, cu atâta sunt mai mulţi bacili morţi. M. CIUCĂ.

UHLENHUTH et KARL STEFFENHAGEN. — **Ueber die Verwendung des Antiformins als Anreicherungsmittel beim bakterioskopischen Nachweis von Lepra bacillen** (Intrebuinţarea antiforminei pentru îmbogăţirea în bacili leproşi a materialului de examinat *Lepra* t. IX f. 2 1909 d. *bulet. Inst. Pasteur* No. 6, 1910). Acelaş procedeu ca pentru tuberculoză: sputa leproşilor, care e foarte vâscoasă, să amestecă cu antiformină 10%, cantitate egală: să lasă până la completă disoluţiune, să centrifugă, în depozit sunt adunaţi bacilii Hansen. Autorii preconizează procedeul pentru concentrarea bacililor în vederea fabricărei unei nastine specifice. CIUCĂ.

Medicină experimentală

A. LAVERAN. — **L'émetique d'antline dans le traitement des trypanosomiases.** *(C. R. A. S.* 27 Sept. 1909, No. 13). Pe lângă atoxylul sau acetylarsinatul de sodiu, sau chiar în mod separat, A. a încercat emeticul de anilină, (preparat pentru prima oară de C. S. Evans) în tratamentul diferitelor trypanosomiaze experimentate la cobai.

Rezultatele au fost atât de satisfăcătoare, în cât această substanţă a fost experimentată şi pe bolnavi. Doze de 10—15 centigr. par a fi suficiente la om pentru a face să dispară trypanosomii din sânge. Emeticul de anilină are o acţiune mai rapidă ca atoxylul. **LALU**

A. MONVOISIN. — **La composition chimique du lait des vaches tuberculeuses.** *(C. R. A. S.* 18 Oct. 1909, No. 16). Vezi analiza din Jour. de Physiologie et Pathol. générale în această revistă revistă.

A. MONVOISIN. — **L'acidité du lait des vaches tuberculeuses.** *(C. R. A. S.* 26 Oct. 1909, No. 17). Vezi aceiaşi analiză. **LALU**

A. CALMETTE et C. GUÉRIN. — **Sur quelques proprietés du bacille tuberculeux d'origine bovine cultivé sur bile de boeuf glycerineé.** *(C. R. A. S.* 2 Noembrie 1909, No. 18). Bacilul tuberculos de origină bovină cultivat de autori pe cartofi fierţi în bilă de bou glicerinată 5 la sută, devine la prima cultură mai virulent pentru cobai de cât acelaşi bacil cultivat numai pe cartofi glicerinaţi.

Această virulenţă însă descreşte progresiv; la al 15-lea passaj pe acest mediu, virulenţa bacilului e mult diminuată. Fapt interesant, relevat de autori, e că bacilii cultivaţi din nou pe cartofi glicerinaţi, îşi conservă gradul de atenuaţie corespondentă.

Ast-fel fiind, având la dispoziţie virulenţe cunoscute, ceea-ce permite dozagii precise, autorii au întreprins experienţe şi încercări de imunizare pe cai şi bovidee. In altă comunicaţie ne vor face cunoscut rezultatele obţinute şi ne promit să ne dea un studiu amănunţit şi interesant asupra serului unei viţele, care primi în total 380 mlgr. de bacili tuberculoşi, cultivaţi pe cartofi cu bilă de bou glicerinată care a sucombat fără să fi prezentat nici o leziune tuberculoasă la autopsie.

LALU

A. CAMETTE et L. MASSOL. — **Sur la précipitation des tuberculines par le sérum d'animaux immunisés contre la tuberculose.** *(C. R. A. S.* 8 Noembrie 1909, No. 19). Serul bovideelor pe cale de a fi imunizate prin injecţiuni de bacili bovini cultivaţi pe cartofi cu bilă de bou glicerinată, precipită diferite soluţiuni de tuberculine, fie chiar de origină humană sau aviară. Precipitatul e mai bogat în azot de cât tuberculina iniţială.

Acţiunea precipitantă a acestui serum nu ţine de prezenţa unui antigen tuberculos, căci mai multe tuberculine experimentate de autori au fost inapte de a fixa anticorpi din serul oamenilor sau animalelor tuberculoase. De asemenea acest serum nu conţine anticorpi, putând fi puşi în evidenţă prin reacţiunea de fixaţie în prezenţa tuberculinelor bogate în antigen. Substanţa precipitată precum şi serul rămas, dau reacţiunile tuberculinei pozitive, atât local (oftalmo şi cuti-reacţiune) precum şi reacţiuni febrile la animalele tuberculoase. Amestecul de tuberculină şi serum precipitant (chiar în exces) produc aceleaşi efecte mortale ca aceleaşi doze de tuberculină singură. Serul injectat separat e inofensiv pe cale cerebrală. Substanţa precipitantă nu e deci o antituberculină.

Dat fiind că serul acesta precipitant şi aglutinant nu conţine anticorpi capabili de a fixa alexina, autorii conchid că cel puţin în ceea-ce priveşte tuberculoza, fixaţiunea alexinei în reacţiunea lui Bordet-Gengon, nu e datorită unui precipitat care ar entrena-o.

LALU

A. CONTAMIN. — **Rayons X et souris cancéreuses.** (*C. A. R. S.* 27 Decemb. 1909, No. 26). Acţiunea razelor X s'a arătat cu atât mai eficace cu cât ţesutul tumorei e mai tânăr şi mai în proliferaţie.

LALU

BILLON DAGUERRE. — **Mode de stérilisation intégrale des liquides par les radiations de très courte longeur d'onde.** (*C. R. A. S.* 8 Noembrie 1909, No. 19). Autorul întrebuinţase lampa de quartz, conţinând în loc de vapori de mercur, gaze de acid sulfuros, de hidrogen sulfurat şi mai ales de bioxid şi de oxid de carbon. Efectul antiseptic sau abiotic al acestor lămpi e mai puternic, putând avea aplicaţiuni practice pentru sterilizarea de lichide chiar de opacitatea laptelui.

Autorul ne dă un dispozitiv destul de simplu care i-a permis să facă asemenea sterilizări.

LALU

BAUDRAN. — **Milieux artificiels attenuant ou exaltant la virulence du bacille de Koch.** (*C. R. A. S.* 15 Noembrie 1909, No. 20). Experienţe încă în curs. Tentative de a determina medii artificiale proprii culturei bacilului lui Koch.

In experienţele autorului, mediul conţinând fer sub formă de glicerofosfat de fer 0,20 ctgr. la 1000 gr. apă distilată + metafosfat de sodiu 5 gr., citrat de sodiu 2 gr., glicerină 60 şi albumoze, bilă 10, totul alcalinizat ar determina bacili alteraţi, cu o virulenţă mult diminuată.

In mediul cu Mg. (fosfat de Mg. aceiaşi doză, înlocuind glicerofosfatul de fer) bacilii lui Koch sufăr aceleaşi alteraţiuni morfologice, dar virulenţa lor s'ar exalta.

LALU

BAUDRAN. — **Sur une endotoxine tuberculeuse de nature albumosique.** (*C. R. A. S.* 22 Noembrie 1909, No. 21). Autorul a extras din bac. Koch virulenţi o albumoză care injectată în peritoneu la cobay (doze aprox. de 5 c. m³. la 8 zile) determină o slăbire considerabilă după fie-care injecţiune şi provoacă moartea.

Autorul nu ne dă cifre precise şi constatările necropsice sunt f. sumare.

LALU

C. LEVADITI et K. LANDSTEINER. — **La transmission de la paralysie infantile au chimpausé.** (*C. R. A. S.* 29 Noembrie 1909 No. 22). Autorul a reuşit se transmită această maladie la un chimpanzeu de sex femenin, prin injecţiune intraperitoneală de 5 c. m³. de o maceraţie de măduvă dorsală al unui copil sucombat în urma unei paralizii infantile.

Măduva acestui chimpanzeu a servit la rândul ei pentru a transmite din nou această maladie la 2 macacus cynomolgus.

In toate cazurile examinate de autori s'a constatat leziuni tipice de poliomyelită. Autorii văd o mare analogie între leziunile poliomyelitei experimentale şi cele observate în turbarea zisă de strade. Perioada de incubiţie durează de la 6—7 zile.

LALU

CL. REGAUD et TH. NOGIER. — **Sterilisation complète et définitive des testicules du rat sans aucune lésion de la peau, par une application unique de rayons X filtrés.** (*C. A. R. S.* 27 Decembrie 1909, No. 26). Razele X sunt filtrate pe o placă de aluminiu de 2 mm. până la 5 mm. grosime. Autorii au obţinut o sterilizare totală şi definitivă a spermogonielor şoarecelui, după o singură şedinţă, fără a determina leziuni cutanate.
LALU

E. GLEY. — **Action des sérums toxiques et de leurs antitoxines sur le système nerveux. Contribution à l'étude du mécanisme de l'immunité.** (*C. R. A. S.* 18 Noemurie 1909, No. 19). Prof. Gley arătase că animalele immunizate pe cale venoasă, nu pot rezista la acţiunea toxinei, când această substanţă e injectată direct în lichidul cefalo-rachidian.

Există deci pe lângă imunizarea humerală, o immunizare proprie a ţesuturilor, *cytologică* mai bine zisă. După cum neutralizarea unei toxine se face în ser de antitoxină, tot aşa şi ţesuturile în contact cu doze suficiente de antitoxină, injectată în acelaşi timp cu toxină sau înainte (maximum 4 — 5 ore) pot rezista la efectul toxic al toxinei.

Experienţele foarte demonstrative pentru aceasta, au fost făcute pe iepuri cu ser de ţipar şi de torpilă, injectat în lichidul cefalo-rachidian
LALU

E. GLEY et V. PACHON. — **De l'action des serums toxiques sur le coeur isolé d'animaux immunisés caitre ces sérums.** (*C. R. A. S.*, 8 Noembrie 1909, No. 19). Experienţe mai puţin hotărâtoare ca cele precedente. Se pare că toxinele întrebuinţate (ser de ţipar şi de torpilă) fiind otrăvuri, mai ales al sistemului ntrvos, nu au de cât o acţiune mediocră asupra cordului.

Cordul animalelor imunizate fiind în general hypertrofiat (Gley), nu constitue chiar în vitro, un element de studiu probabil pentru procesurile de imunizare, mai ales când e vorba de toxine de felul acesta, al căror grad de toxicitate e în totdeauna greu de determinat.
LALU

E. GAUTRELET. — **Transformation partielle des matières grasses alimentaires en mannites par les digestions pepsique et pancretique.** (*C. R. A. S.* 13 Decembrie 1909, No. 24). Experienţe făcute în vitro arată că digestiunele artificiale chlorhydro-peptice şi sodico-pancreatice al materiilor grase (oleuri, unt, grăsimi animale, galbenuş de ou şi lapte de la diferite animale) pot da mannita, care sunt cu atât mai abundente, cu cât materia grasă a fost mai bine emulsionată.

Digestiunea chlorhydro-pepsică dă manite levogyre (cu atât mai abundente cu cât proporţia de H Cl e mai forte); digestiunea sodico-pancreatică produce manite dextrogyre.
LALU

GUILLEMARD R. MOOG et G. REGNIER. — **Sur la deshydratation de l'organisme par les voies pulmonaire et cutanée et ses variations avec l'altitude.** (*C. R. A. S.* 13 Decembrie 1909, No. 24). Experienţe făcute comparativ la Mont-Blanc (observatorul Vallot 4350 m. altitudine) şi la Paris.

Autorii au înregistrat asupra lor înşuşi următoarele fenomene datorite acestei altitudini: O perdere mai puţină de vapori de apă prin expiraţie, o perdere mai mică a greutăţei corpului. Raportul între perderea de apă şi greutatea totală a corpului a fost mai mică la Mont-Blanc. Faptul acesta ar arăta că hyperglobulia observată

CL. REGAUD et TH. NOGIER. — **Sterilisation complète et définitive des testicules du rat: sans aucune lésion de la peau, par une application unique de rayons X filtrées.** (*C. A. R. S.* 27 Decembrie 1909, No. 26). Razele X sunt filtrate pe o placă de aluminiu de 2 mm. până la 5 mm. grosime. Autorii au obţinut o sterilizare totală şi definitivă a spermogonielor şoarecelui, după o singură şedinţă, fără a determina leziuni cutanate. **LALU**

E. GLEY. — **Action des sérums toxiques et de leurs antitoxines sur le système nerveux. Contribution à l'étude du mécanisme de l'immunité.** (*C. R. A. S.* 18 Noemvrie 1909, No. 19). Prof. Gley arătase că animalele immunizate pe cale venoasă, nu pot rezista la acţiunea toxinei, când această substanţă e injectată direct în lichidul cefalo-rachidian.

Există deci pe lângă imunizarea humerală, o immunizare proprie a ţesuturilor, *cytologică* mai bine zisă. După cum neutralizarea unei toxine se face în ser de antitoxină, tot aşa şi ţesuturile în contact cu doze suficiente de antitoxină, injectată în acelaşi timp cu toxină sau înainte (maximum 4 — 5 ore) pot rezista la efectul toxic al toxinei.

Experienţele foarte demonstrative pentru aceasta, au fost făcute pe iepuri cu ser de ţipar şi de torpilă, injectat în lichidul cefalo-rachidian **LALU**

E. GLEY et V. PACHON. — **De l'action des serums toxiques sur le coeur isolé d'animaux immunisés caitre ces sérums.** (*C. R. A. S.*, 8 Noembrie 1909, No. 19). Experienţe mai puţin hotărâtoare ca cele precedente. Se pare că toxinele întrebuinţate (ser de ţipar şi de torpilă) fiind otrăvuri, mal ales al sistemului ntrvos, nu au de cât o acţiune mediocră asupra cordului.

Cordul animalelor imunizate fiind în general hypertrofiat (Gley), nu constitue chiar în vitro, un element de studiu probabil pentru procesurile de imunizare, mai ales când e vorba de toxine de felul acesta, al căror grad de toxicitate e în totdeauna greu de determinat. **LALU**

E. GAUTRELET. — **Transformation partielle des matières grasses alimentaires en mannites par les digestions pepsique et pancretique.** (*C. R. A. S.* 13 Decembrie 1909, No. 24). Experienţe făcute în vitro arată că digestiunele artificiale chlorhydro-peptice şi sodico-pancreatice al materiilor grase (oleuri, unt, grăsimi animale, gălbenuş de ou şi lapte de la diferite animale) pot da mannita, care sunt cu atât mai abundente, cu cât materia grasă a fost mai bine emulsionată.

Digestiunea chlorhydro-pepsică dă manite levogyre (cu atât mai abundente cu cât proporţia de HCl e mai forte); digestiunea sodico-pancreatică produce manite dextrogyre. **LALU**

GUILLEMARD R. MOOG et G. REGNIER. — **Sur la deshydratation de l'organisme par les voies pulmonaire et cutanée et ses variations avec l'altitude.** (*C. R. A. S.* 13 Decembrie 1909, No. 24). Experienţe făcute comparativ la Mont-Blanc (observatorul Vallot 4350 m. altitudine) şi la Paris.

Autorii au înregistrat asupra lor însuşi următoarele fenomene datorite acestei altitudini: O perdere mai puţină de vapori de apă prin expiraţie, o perdere mai mică a greutăţei corpului. Raportul între perderea de apă şi greutatea totală a corpului a fost mai mică la Mont-Blanc. Faptul acesta ar arăta că hyperglobulia observată în altitudini, ar fi datorită unei neoformațiuni de globule sanguine, iar nu unei dezhydratări periferice cum e în general admis.

In fine, autorii au observat și o oligurie, atribuită unei diminuări a permeabilității renale — putând fi considerată după acești autori ca o adevărată auto-intoxicație, căreia s'ar datori și maladia de altitudine. Această oligurie e urmată de o poliurie, adevărată criză urinară.

LALU

J. COMANDON.—**Cynematographie à l'ultramicroscope de microbes vivants et des particules mobiles.** *(C. R. A. S.* 22 Noembrie 1908 No. 21). Autorul a cinematografiat tripanozome și diferite spirochete din exudate sau din sânge, obținând filine cât se poate de frumoase.

Studiul mișcărilor browniene cum l'a făcut V. Henri și M-lle Chevreton precum și mișcările microbilor, poate fi urmărit cu preciziune în modul acesta. In plus, grație acestei metode putem înregistra și număra elementele ultra-microscopice.

Autorul a confirmat astfel supozițiunea că hemokoniele ar proveni din grăsimile ingerate. La o pasăre în inaniție, a găsit 0,72 hemokonie pentru o globulă de sânge; la o pasăre hrănită cu grăunțe oleaginoase, raportul a fost 12,5; ne-a dat deci o demonstrațiune directă asupra originei hemokonielor. Cu siguranță că această metodă constitue un câmp deschis pentru cercetări de asemenea natură.

LALU

J. E. ABELOUS et E. BARDIER. — **Effets physiologiques généraux de l'urohypotensine.** *(C. R. A. S.* 27 Decembrie 1909 No. 26). Acțiunea urohypotensinei asupra presiunei arteriale, a făcut obiectul altor comunicații. Autorii se ocupă în nota de față numai de acțiunea toxică al acestei substanțe.

Doze de 12—15 centigr. de urohipotensină injectate intra-venos sunt mortale pentru epuri, fără a determina coagulațiuni sanguine. Se observă o vaso-dilatație periferică, un miosis punctiform, somnolență, torpoare, salivație abundentă, diarhee, convulsiuni tonice și o scădere de temperatură de la 1 până la 2 grade.

Doza mortală pentru câine e de 6—8 centigr. pe kgr. Simptomele de intoxicație sunt aproape aceleași ca la epure. Diarheele sunt însoțite de tenesm și devin repede sanguinolente. Animalul e într'o stare de torpoare complectă. Moartea survine de la 3 până la 6 ore după injecție.

La autopsie se constată o congestiune a diferitelor organe: pulmoni, meningele etc. Creerul e oedemațiat; lesiunea însă principală, pare a fi o hyperemie intensă a mucoasei stomacale și mai ales intestinale.

LALU

JULES AUCLAIR et PAUL BRAUN. — **Deux cas de fièvre de malte vraisemblablement contractés à Paris.** *(C. R. A. S.* 27 Decembrie 1909, No. 26). Doi tineri, 18 și 19 ani, independent unul de altul, fără a fi părăsit vr'o dată Parisul, au suferit de această maladie. La cel dintâi s'au obținut culturi pure de micrococcus melitensis, la cel de al doilea însămânțările din sânge au rămas sterile, dar serodiagnosticul a fost pozitiv.

Ambii acești bolnavi aveau ocupație la abatoarele de la Villette (în pavilioane separate) și erau însărcinați cu despoiatul mieilor, cari probabil erau purtători de acest microb

Nici unul din ei n'a avut ocazie să fie în contact cu capre, de la cari se ia mai des această maladie.

Febra de Malta, fiind o maladie rară şi de un diagnostic clinic dificil, putând fi confundată cu febra tifoidă, cu o infecţie para-ebertiană, cu reumatismul articular, cu paludismul, cu o tuberculoză acută sau cu o endocardită infecţioasă.

Voi cita câte-va din simptomele observate la cel dintâi bolnav: sudori profunde, artralgii, paloarea tegumentelor, o uşoară mărire a ficatului şi a splinei, diaree şi un dicrostism marcat al pulsului; n'a avut manifestaţiuni testiculare. Simptomul însă dominant, a fost temperatura; intrat în spital cu 39° temperatura lui a oscilat mereu (ca la o febră tifoidă cu rechute) legitimând ast-fel numele de febră ondulantă dată acestei maladii. Durata maladiei a fost de 4 luni jumătate, după care bolnavul s'a vindecat. LALU

L. MEQUENNE et DEMOUSSY. — **Influence des rayons ultra-violets sur la végétation des plantes vertes.** *(C. R. A. S.* 8 Noembrie 1909, No. 19). Experienţe făcute cu o lampă electrică cu vapori de mercur. Rezultatele obţinute pun foarte bine în evidenţă acţiunea nocivă (sterilizatoare) a razelor ultra-violete asupra celulelor vegetale şi în special asupra protoplasmei. O plantă verde supusă 2 ore numai la acţiunea acestor raze şi lăsată în urmă la lumina zilei, se înegreşte după un timp variabil între 24 ore şi 3 zile. Vitalitatea protoplazmei celulelor atinse de asemenea raze e iremediabil compromisă. LALU

M-selle L. CHEVRETON et F. VLÈS. — **La cinématique de la segmentation de l'oenf et la chronophotopaphie du devéloppement de l'oursin.** *(C. R. A. S.* 18 Noembrie 1909, No. 19). E anexat la această notă reproducerea a două filme cinematografice, în cari se pot vedea fazele de fecundaţie şi prima diviziune a oului de ursin precum şi segmentaţiunea şi formaţiunea larvei. Cercetări de felul acesta prezintă un mare interes din punct de vedere biologic şi e de regretat că nu pot fi încă de o practică curentă în laboratoare. LALU

MARAGE. — **Etudes des vibrations laryngiennes.** *(C. R. A. S.* 22 Noembrie 1909, No. 21). Autorul a reuşit, extirpând laryngele la câinii chloroformaţi, se obţină sunete asemănătoare lătratului şi să le înregistreze.

Excitaţiuni de inducţie făcute între muşchii ary-arytenoidiani, provoc un sunet de lătrat tipic. Contracţiunile synchronee ale ary-arytenoidianilor cu a thyroarytenoidianilor, determină un adevărat sunet de urlat.

Experienţele aceste trebuesc făcute cu oare-cari precauţiuni operatorii, la cel mult 5—10 minute după extirparea laringelui şi sub o presiune de aer de maximum 150 m. m. până la 200 m. m. de apă.

Studiul vibraţiunelor laringee atât de complexe, ne lasă încă de altfel multe puncte de elucidat. LALU.

MAURICE HOLDERER. — **Influence de la réaction du milieu sur la filtration des diastases.** *(C. R. A. S.* 13 Decembrie 1909, No. 24). Autorul, în urma unor experienţe foarte bine conduse, ajunge la concluziunile următoare:

1. Sucraza de Asperpilus niger, în mediu neutru la phenolphtaleină, filtrează complectamente prin filtruri de porţelan.
2. In mediu neutru la methylorange, e aproape complectamente reţinută.
3. Intre aceste două neutralităţi, filtraţiunea e parţială.
4. Extracţiunea sucrazei e facilitată prin o alcalinizare prealabilă a maceraţiei

LALU

S. ARLOING. — **Vaccination antituberculeuse chez le brouf.** *(C. R. A. S.* 29 Noembrie 1909, No. 22). Autorul a obţinut cu procedeul lui, la bovidee 50% succese complecte de imunizare şi 25% de succese relative. Majoritatea succeselor a fost obţinută pe cale venoasă. Injecţiunile subcutanate de bacili s'a arătat mai puţin eficace în această privinţă ca ingestiunea.

După acest autor, imunitatea ar persista 14 până la 22 de luni de la prima inoculare, această durată poate fi prelungită prin injecţiuni subcutanate de bacili.

Concluziunea autorului e că, deşi această metodă mai trebueşte perfecţionată, totuşi trebuie pusă în practică de pe acum pentru a împedeca ravagiile ce le face tuberculoza.

LALU

TRILLAT et SANTON. — **Action des gaz putrides sur les microbes (Cas de la levure).** *(C. R. A. S.* 15 Noembrie 1909, No. 20). Cantităţi foarte mici de gaze putride, culese de la carne în putrefacţie, au propriepatea de a activa desvoltarea germenilor sau cel puţin de a prelungii existenţa lor. Experienţe comparative făcute cu levura de bere, pun în evidenţă acest fapt. Hipoteza lui Duclaux că un antiseptic în proporţii amănunţite, poate face rolul unui aliment, pare a fi confirmată în cazul de faţă; mai ales că aceste gaze putride, uşor alcaline, conţin C. H. Az. S. şi Ph., — elemente constitutive ale protoplasmei.

LALU

Patologie chirurgicală

HANEL. — **Ueber alloplastischen Duraersatz.** (Despre autoplastia durei-mater). (*Archiv für klinische Chirurgie*, Bd. 90 Heft. 5 s. 823—828). Autorul a făcut cercetări experimentale pentru a stabili valoarea membranei în reparaţia pierderilor desubstanţă a durei mater, ce se observă după operaţiunile de tumori ale creerului.

Sterilizarea pieselor întrebuinţate, se făcea prin imersiune, în timp de 12 ore, în formol 4% apoi se spăla la un curent de apă în acelaş laps de timp. Se fierbea apoi membrana timp de 10 minute şi se conserva într'o soluţie alcoolică de sublimat corosiv 1‰ în care se pune 5% glicerină.

Autorul a făcut 11 experienţe pe 9 câini. Rezultatele au fost destul de mulţumitoare. Se tae un lambou musculo-cutanat de vre-o 4 cm., se rezecă osul pe aceeaşi întindere şi după o incizie în cruce a durei mater, se îndoiesc cele 4 unghiuri ale lambourilor formate. In mijlocul spărturei osoase, dura mater prezinta atunci o pierdere de substanţă al cărei diametru variază între 1/2—3/4 c. m. pe care se aplică bucăţile de membrană sterilizată. Se fixează acestea de meninge, prin puncte de sutură; dar, aderenţa capilară poate să menţină singură peliculele la loc.

Muguri cărnoşi încep să crească peste membrană a 7-a zi, şi după 4—6 săptămâni, membrana este complect înlocuită prin ţesut conjunctiv. Membrana conectivă rezultată din această substituţie progresivă, aderă intim de dura-mater; nu aderă de pia mater, dacă n'a fost lezată.

H. FRANKENSTEIN. — **Ueber freie Knochentransplantation zur Deckung von Defekten langer Röhrenknochen.** (Transplantaţiunea osoasă totală în tratamentul perderilor de substanţă ale oaselor lungi). *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, Bd. 64, h. 1, s. 121). Observaţie raportată de autor, arată un insucces operator din punct de vedere al resecţiei diafisare în cas de sarcom, dar e un succes de grefă osoasă totală. O fată de 15 ani, presenta semne nete de sarcom al părţii inferioare a diafisei femurale stângi: s'a făcut, la 19 Mai 1908, o resecţie de 25

cm. a diafisei femurale inglobată de sarcom (sarcom fusi-celular periostic): in acelaş
timp se ridică peroneul din aceiaşi parte, conservând periostul său. Peroneul a fost
aşezat in perderea de substanţă creată prin rezecţia femurului. Vindecarea opera-
torie se face prin prima intenţie; dar, după trei luni de la operaţie, au apărut semne de
recidivă neoplasică la nivelul părţei inferioare a femurului; — se face o biopsie care
arată infiltraţia sarcomatoasă a muşchilor. Se practică desarticularea şoldului stâng
in Oct. 1908. Bolnava se vindecă de operaţie, dar semne de metastase viscerale au
apărut în curând. Deci, din punct de vedere al rezecţiei diafisare aplicată la tra-
tamentul sarcoamelor, dă o nereuşită; din contră, examenul piesei scoasă afară din
articulaţie, cinci luni de la grefă, arată că peroneul astfel grefat în totalitate, con-
tinuase a trăi în mod perfect, după cum arată şi examenul istologic. In jos, extre-
mitatea peroneului era solid unită de partea inferioară a diafisei fermorale iar in
sus se formase o pseudartrosă — intre peroneu şi extremitatea superioară a diafisei
femurale; — este deci un succes pentru grefa osoasă totală, despre care Ollier a sta-
bilit de mult timp posibilitatea ei în mod experimental.

F. RÖSLING. — **Zur operation der Retropharyngealabscesse.** — (Operaţia abceselor retrofaringiene). (*Beiträge zur Klinischen Chirurgie* Bd. 64, h. 1, s. 35). Este vorba de un memoriu basat pe 20 observaţiuni culese din Clinica prof. von Bruns, memoriu ce pledează în favoarea tratamentului abceselor retrofaringiene, alde sau reci, prin incisiune cutanată operaţie; — deja propusă de Chiene (1877). (incisie de-a lungul marginei pesterioare a sternomastoidianului), Burckardt (incisie de-a lungul marginei anterioare) şi alţii.

Argumentele lui Rösling sânt departe de a fi convingătoare, cel puţin în ceia ce priveşte abcesele calde. Pentru abcesele reci este o altă chestie de mult resolvată şi fie-care ştie că trebue a le deschide de preferinţă prin incisie cutanată, retro-sternomastoidiană. Pentru abcesele calde în particular, acelea ale copiilor, cu tot memoriul lui Rösling, se va continua a-le incisa prin gură. Iată observaţia lui Rösling tradusă în estenso: o fată de 3 ani; De vre-o 3 — 4 săptămâni copila sufere de dispnee şi perderea poftei de mâncare. Temp. 38°.1, copila respiră cu greu, evita decubitul dorsal şi stă mai bine aplecată înnainte. Practicând tuşeul bucal, se simte o tumefacţie moale care ocupă peretele posterior al faringelui; mai mult, se simte de fie-care parte a gâtului puţină împâstare, mai multă la dreapta de cât la stânga. Nimic anormal din partea coloanei vertebrale. In presenţa acestor simtome, diagnosticul de abces retro-faringian se impunea. Tratamentul: Incisie de-a lungul mărginei posterioare a storno-mastoidianului din partea dreaptă; se găsesc câţi-va ganglioni tumefiaţi cari se ridic, se desface până la coloana vertebrală şi se
dă de puroi în mare cantitate — Drenaj. — Două zile după aceia, lichidele ingerate
es prin plaga cervicală. Această comunicare cu faringele durează 5 zile, apoi plaga
inmugureşte şi după 4 săptămâni (5 de la operaţie) plaga este complect cicatrisată.
Socotesc că operaţia prin căile naturale dă resultate tot aşa de bune, obţinute cu
uşurinţă şi se vindecă în mai puţin de 5 săptămâni, adevăratele abcese retrofa-
ringiene.

HOFMANN. — **Zur Technik der Chondrectomie bei Emphysema pul-**
monum. (Asupra tecnicei condrectomiei în emfisemul pulmonar). (*Zentralblatt für*
Chirurgie 1909, No. 32, s. 1105—1108). Hofmann insistă asupra a două puncte
din tecnica condrectomiei. Pentru a evita sutura coastelor secţionate, el conservă

perichondrul şi periostul posterior al segmentului rescecat, apoi îl disecă în două lambouri pe care le resfrânge pe suprafeţele de secţiune şi-l sutureazã la periostul anterior; secţiunile osoase şi cartilaginoase nu mai pot astfel a se suda şi cutia toracică 'şi păstrează mobilitatea ei. S'a remarcat că atunci când se resecă numai 1 sau 2 cm. de cartilaj, toracele are tendinţă de a se slăbi şi cele 2 segmente costale vin iar în contact, de unde posibilitatea unei suduri; ast-fel autorul consiliază de a se rezeca cel puţin 4 centimetri de cartilagiu, luând chiar din coastă dacă cartilagiul nu este destul de lung.

Prin acest mijloc se evită orice tendinţă la o nouă consolidare a coastelor şi toracele se bucură ast-fel de mişcări de o mai mare amplitudine.

M. TIEGEL. — **Chirurgia esofagului**. *(Beiträge zur klinischen Chirurgie*, B. 66, h. 2, s. 314—358, Cu toate insuccesele sale constante şi minime speranţă de a vedea vre-o dată să ajungă la câte-va rezultate satisfăcătoare la om, chirugia cancerului la esofag totuşi nu descuraje de loc pe chirurgi. Tiegel ne raportează, în acest memoriu, mai întâi observaţia unui bărbat de 41 ani, atins de cancer cardio-esofagian, recunoscut ca atare la esofagoscop.

Henle îl operă mai întâi prin laparatomie, coborî tumora esofagiană cât mai jos posibil şi o isola cât putu mai bine, la orificiul diafragmatic; apoi, introduse o jumătate de nasture de al lui Murphy în stomac, secţionă pe urmă stomacul de asupra cardiei. El făcu atunci, cu aparatul de hyperpresiune al lui Tietze, o thoracotomie laterală stângă, cu reserţia coastei a 8-a; liberă cancerul complect, îşi introduse a doua parte a nasturului lui Murphy în esofag prin ajutorul unei sonde; el putu să reunească cele 2 piese ale nasturelui şi să restabilească ast-fel continuitatea tubului digestiv. Bolnavul muri după un interval de 10 ore.

Tiegel raportează în urmă o întreagă serie de experienţe pe cari le făcu pe câine pentru a regula o anostomosă a butonului între esofag şi stomac după resecţia cardiei. El putu să obţină supravieţuirea mai multor animale după experienţă, şi la unele din aceste animale, se găsi, la autopsie, dilataţiunea esofagului datorită unei stenose cicatriciale, la nivelul anostomosei.

BLANEL. — **Un caz rar de strangulare herniară produs prin ganglioni mezenterici tuberculoşi.** *(Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1910, Bd. 65, h. 3, s. 611—616. E vorba de un bărbat de 30 ani, purtător timp de 7 ani a unei hernii inguinale, care a fost trimes cu diagnosticul de strangulare herniară. De câte-va luni, hernia, care până în timpul acela era conţinută destul de bine, se strangulase de 2 ori, dar a putut fi redusă. In dimineaţa zilei, hernia se strangulă din nou şi taxisul fu fără succes. Hernia se mări, însă în mod nedureros; pielea e normală la suprafaţă şi pântecele nebalonat. *Operaţia:* Kélotomie; se scurge un lichid limpede din sac, se găseşte ansa intestinală lungă şi subţire, ne intinsă, care ocupă partea superioară a sacului. Trăgând puţin această ansă, se vede că mesenterul său este ocupat de către o tumoră, de mărimea unei nuci, şi care a produs strangularea. Se despică canalul inghinal şi se încearcă de a reduce intestinul, dar tumora impedică de a reintegra ansa în abdomen. Se face atunci enucleaţia sub seroasă a tumorei mesenterice care e formată de către o aglomeraţie de ganglioni,— uni calcifiaţi alţi caseoşi. Sutura spărturei mesenterice, reducţiunea intestinului, închiderea canalului după procedeul Bassini Vindecarea.

Acest caz de strangulare, foarte particular, produs de către o grupă de ganlioni tuberculoşi formând tumora, este un caz cât se poate de rar. După Blonel, acesta ar fi singurul caz în literatura medicală.

G. ZIRONI. — **Contribuţiune experimentală la patogenia ulcerului rotund al stomacului.** *(Archiv für Klinische Chirurgie,* 1910, Bd, 91, h. 3, s. 662—718 Autorul, după ce a trecut în revistă toate teoriile prin ajutorul cărora s'a căutat să se explice formaţiunea ulceelor de stomac, expune rezultatele căutărilor sale, cari au durat patru ani şi cari au consistat in producerea experimentală a ulcerelor gastrice. Intr'un prim grup de experienţe el şi-a propus ca, prin rezecţiuni sub-diafragmatice ale pneumogastricilor, să provoace ulcere de stomac la cobay şi odată aceste ulcere create, să studieze evoluţia şi durata lor. Intr'un al doilea grup de experienţe el a avut să studieze dacă o anemie experimentală ar provoca mai uşor ulcere după secţiunea pneumogastricilor de cât în stare normală şi care ar fi influenţa anemiei asupra evoluţiunei acestor ulcere. In technica sa Zironi se încerca să rezece pe cale abdominală cei doi pneumogastrici şi mai ales să distrugă toate fibrele nervoase cari pleacă pentru a se duce la stomac; galvano — cauterul pare mai preferabil ca bisturiul. Pe 32 cobai, 3 animale au sucombat după operaţiune cu bisturiul; pe 10 animale operate cu galvano — cauterul 3 au murit. Animalele au fost operate după douăsprezece ore de nemâncare are un total de 42 de operaţiuni. Animalele au fost sacrificate la date diferite de la a treia până la a o suta şeapte sprezecea zi.

Pe 32 de operaţi cu destrucţia pneumogasticului, cu bisturiul, s'a constatat de nouăsprezece ori ulcere, adică 59 la 100. La 10 animale operate cu galvano cauterul s'a notat 80 la 100 de ulcere. Adică, în total o proporţiune de 64, 28$^0/_0$. Caracterele acestei leziuni sunt următoarele: Volumul ulcerelor variază cu acela al unei gămălii de ac până la acela al unei monede de 1 centimă, forma este rotundă câte odată ovală; marginele sunt ciupite; câte odată ulcerul are forma unei înfundări, cu fundul neted, cenuşiu — acest fund fiind format din musculară sau câte odată chiar din seroasă singură.

In jurul acestor ulcere se notează o ipertrophie mai mult sau mai puţin marcată a mucoasei.

In general ulcerul este unic (de 19 ori în 27 cazuri) mai rar se numără 2 (de 6 ori în 27 cazuri), şi de două ori autorul a putut găsi dintr'o dată trei. Sediul lor este de obicei marea curbură (de 19 ori în 27 cazuri) cel mai adesea aproape de orificiul piloric: de şease ori le-a observat la acest nivel — la o distanţă mai mult sau mai puţin mare de pilor şi de două ori numai la nivelul marei curburi şi a celei mici. Ceea ce este interesant este că cu cât se depărtează de ziua operaţiunei cu atât mai mult aceste ulcere se înmulţesc şi se întâlnesc mai frequent. Toate aceste ulcere, afară de trei, nu prezentau nici o tendinţă la cicatrizare.

In a doua serie de experienţe (anemie experimentală şi districţiunea pneumogastticilor) Zironi a provocat o anemie prin mijlocul unei soluţiuni de 1$^0/_0$ de pyridină în injecţiuni sub-cutanate. Dosa maximă fu de 30 c. m. cubi de soluţiune — injectaţi din şease, opt şi zece zile şi astfel Zironi a putut obţine la animale o anemie persistând de la 30 de zile până la opt luni.

La 10 cobay injectaţi în acest chip, la cari s'a creat o anemie profundă, nu s'a constatat la autopsie nici o lesiune caracteristică a mucoasei stomacale. La alţi 10, cari au suferit anterior (cu cinci până la treizeci şi patru zile înainte), rezecţiunea subdiafragmatică a celor doi pneumogastrici, s'a creat o anemie experimentală prin injecţiuni de pyrodină urmate unele în timp de o lună, altele în timp de 10 luni. La autopsie s'a constatat ulcere în 80 de casuri la 100. Zironi conchide: 1) că rezecţiunea subdiafragmatică e capabilă să provoace formaţiunea pe stomac a ulcerelor, cari prin caracterele lor se apropie mult de acelea ale omului. 2) că aceste ulcere se intâlnesc în 63 la pentru 100 şi că foarte rar tind spre vindecare. 3) că ele se constată de la a treia zi după operaţie până la a noua lună, perioada maximă în care se pot conserva animalele în viaţă. 4) că o anemie experimentală nu poate singură să creeze ulcere de stomac şi nici o altă leziune macroscopică a mucoasei stomacale. 5) că anemia experimentală poate să agraveze starea ulcerului creat deja. 6) că anemia cu rezecţia pneumogastricilor nu dă mai ridicat al ulcerelor, dar aceste ulcere au o gravitate mai mare.

G. COTTE. — **Tratamentul chirurgical al litiazei biliare şi al complicaţiilor sale.** *(Thèse de Lyon, 1909).* E recunoscut azi că litiaza e de origine infecţioasă. Ea trece prin 3 faze: faza veziculară fasa canaliculară şi faza hepatică. Tratamentul precoce dă maximum de vindecare. Un bolnav în faza de litiază veziculară, care nu prezintă încă nici o complicaţiune, dacă nu e tratat, are aproape 6 % şanse de a prezinta accidente cari vor avea sfârşit fatal. Dacă, din contra, se intervine în acest moment, el nu are decât 3% riscuri operatorii şi va fi la adăpost de complicaţiuni. De asemenea, în toate cazurile unde de la început avem indicele unei infecţiuni grave, dacă simptomatologia e a unei colecistite acute, severe, trebue iarăşi să recurgem la intervenţie.

Inainte de a ne decide trebue totdeauna să explorăm căile biliare cât se poate de complect. La nivelul căilor biliare accesorii, două operaţii rămân: cholecystostomia şi cholecystectomia cu drenarea hepaticului. Cea din urmă are avantajiile de a permite uşor cateterismul căilor principale, de a asigura drenarea căilor biliare şi expulsarea secundară a calculilor, de a preveni degenerescenţa malignă a veziculei inflamate.

Cholecystitele acute. cu formă purulentă sau gangrenoasă, trebue să fie tratate grabnic prin cholecystectomie cu drenarea hepaticului. Dacă starea locală sau starea generală cer o intervenţie mai rapidă se va face cholecistostomia.

In cholecistitele cronice, intervenţia e indicată fie prin repetarea crizelor, fie prin volumul veziculei (hidropizie sau empieme). Cholecistostomia e indicată dacă alteraţiunile veziculare sunt puţin evidente şi dacă canalul cystic e permeabil. In cazuri mai grave trebue să recurgem la cholecistectomie cu drenarea hepaticului.

Alături de accidentele inflamatorii sunt altele la originea căror suntem obligaţi a pune un factor mecanic. Fără îndoială, bila nu e sterilă şi pereţii veziculari prezintă alteraţiuni inflamatorii vechi, dar fenomenele infecţioase n'au mare importanţă în aceste accidente. Ele au fost descrise sub numele de hidropizie intermitentă a veziculei de Villard şi Cotte şi sunt datorite obliteraţiunii canalului cystic prin calculii supape ai acestui conduct.

Hidropizia intermitentă a veziculei se manifestă sub formă de crize în timpul perioadei digestive. In acest moment calculul mobilizat prin contracţiunile veziculare, tamponează canalul cistic şi opreşte bila de a trece din rezervoriu. Durerea, foarte intensă, e întovărăşită de o tumoare, adese ori foarte manifestă, mobilă, spre ombilic. Această hidropozie poate suferi transformaţiune purulentă.

Tratamentul trebue să fie chirurgical, totdeauna când starea generală permite; cholecistectomia nu pare justificată; trebue să recurgem la cholecistostomie sau la cholecystendiză. Aceasta din urmă are desavantajul de a nu fi totdeauna eficace în urma dificultăţii de a ne asigura de permeabilitatea căilor biliare sub-jacente. In majoritatea cazurilor, cholecystostomia va fi operaţia de preferinţă.

Litizia căilor principale. I. *Indicaţiuni operatorii.* 1. Ocluzia acută a choledocului. Formele izolate trebue să fie tratate medical. Autorul crede contrar lui Kehr, că formele cu repetare trebue să fie tratate chirurgical, ca ocluziile cronice.

2. Ocluzia cronică a coledocului. — Majoritatea autorilor admit în principiu că aşteptarea trebue prelungită până în momentul când apar semnele insuficienţei hepatice. Această conduită e însă periculoasă, căci în acest moment decăderea hepatică e profundă; trebue, din contră, să ne bazăm pe semnele locale, pentru a judeca oportunitatea intervenţiei. Aceste semne sunt:

a) Icterul cronic, când nu există de cât într'un mod intermitent, evoluând în acelaş timp cu durerile şi febra, nu pare a se comporta ca rău augur. Dar, marea frequenţă a apariţiunilor lui, impune drenarea căilor biliare. Icterul cronic cere intervenţia. Febra şi hemoragiile nu contra-indică drenarea căilor biliare accesorii sau principale; acesta e singurul mijloc de vindecare.

b) Febra. In mod general ea are aceeaşi semnificaţie ca icterul. Se admite că tipul febrei intermitente a lui Monneret e simptomatic unei infecţiuni mai puţin profundă ca febra remitentă cu exacerbaţiune vesperală. Aceasta din urmă pare a indica că angiocolita ascendentă a atins parenchimul hepatic; ea cere o intervenţie grabnică. Febra intermitentă se întâlneşte mai ales când infecţiunea îşi are sediul la nivelul căilor biliare inferioare.

c) Volumul ficatului, când rămâne staţionar, indică infecţia canalelor intrahepatice. E deci periculos de a aştepta acest moment pentru a interveni. De asemenea semnele de insuficienţă hepatică şi modificările stărei generale nu se produce de cât într'o stare foarte tardivă.

II. *Alegerea procedeului.* 1. Litiaza hepatică. — Talia hepaticului, pe calea sub-hepatică e cea mai bună operaţie, ea permite de a face ablaţia calculilor şi apoi un drenagiu eficace al căilor bilare.

2. Litiaza coledocului. Autorul lasă la oparte coledoco-litotripsia ca un procedeu slab şi ne dând garanţia unui succes durabil. De asemenea litetomia choledociană pe cale cholecistică, după gonirea calcului în vezică, nu e decât o metodă de excepţia. Ea nu asigură decât un drenaj indirect al căilor principale şi nu permite exploraţie complectă a căilor biliare. Choledocotomia e operaţia de preferinţă. Choledocotomia supra-duodenală permite de a ajunge calculii porţiunei libere a coledocului şi în unele cazuri chiar pe aceia dedesubt.

Partea terminală poate să fie mărginită de diferite căi. Pe calea trans-pancreatică, căutarea choledocului prin ţesutul glandular e dificilă, dacă un calcul nu face ca canalul să ese mult înainte. Calea transduodenală e mai uşoară. Această operaţie permite o exploraţiune uşoară a întregului arbore biliar. Totuşi când nu sunt aderenţi şi când mobilizarea e posibilă, trebue să cedeze căiei retroduodenale. Calea retroduodenală e metoda de preferinţă. Ea permite realizarea unei operaţii, ce să zic aşa, extra-peritoneală, cu drenare lombară sub-peritoneală şi peritonizarea complectă a câmpului operator.

3. Drenarea căilor biliare. In toate cazurile trebue să drenăm căile biliare. Talia coledocului cu sutura imediată e o metodă periculoasă. Drenarea prin veziculă

e insuficientă în cazul de infecţie serioasă a căilor principale. Vezicula şi canalul cystic trebue scoase atunci, când la nivelul coledocului nu e un obstacol definitiv care să necesite stabilirea unei anastomoze a căilor biliare cu intestinul. Un dren e introdus atunci prin choledoc până în hepatic, pentru a stabili „hepaticus-drenaj" al lui Kehr.

4. Anastomoze biliare şi cholangiostomie.—Cholecystenterostomia şi cholecystogastrostomia expun la recidive inflamatorii şi drenajul lor e mai inferior aceluia pe care îl realizează fistulele cutanate prin drenajul direct al coledocului. Cholangiostomia şi hepatostomia nu pot fi încă judecate; ele nu pot fi indicate decât când sunt aderenţe aşa că e imposibil de a recunoaşte căile biliare.

III. *Rezultatele generale si concluziuni.* — Statisticele lui Korte, Braman, Kümmel şi Kehr, arată că coledocotomia cu drenajul hepaticului este o operaţie puţin gravă şi singura care pune la adăpost de recidive, în litiaza coledocului.

Litiaza intra-hepatică şi consecinţele sale terapeutice. — Litiaza intra-hepatică însoţeşte în 8,3% cazuri litiaza căilor extra-hepatice, dar ea poate exista singură. Drenajul hepaticului este singurul mijloc de a asigura evacuarea secundară a calculilor.

Rezultatele imediate. Mortalitatea operatorie e încă ridicată şi variază, după autori, de la 3% (Kocher) la 21% (Kümmel). Ea e datorită shocului operator, hemoragiilor cari se fac în masă şi sunt foarte grave, complicaţiunilor peritoneale şi broncho-pulmonare. Complicaţiunile postoperatoare particulare sunt hematemezele (Kehr) şi ocluzia intestestinală postoperatoare.

Rezultatele îndepărtate ale intervenţiei. Fistulele au devenit mult mai rar de când se practică drenajul hepaticului. Fistulele mucoase sau muco-purulente indică un obstacol la nivelul cysticului celebiliare, indică fie un obstacol la nivelul coledocului, fie constituţia unui canal muco-cutanat care nu se poate cicatriza. Tratamentul va fi cholecystectomia pentru primele fistule, şi pentru cele-l'alte — anastomoza cholecisto-intestinală sau închiderea directă a fistulei.

Recidivele sunt din ce în ce mai rari. Ele nu se arată de cât după operaţiile incomplecte; calculii au fost lăsaţi de la prima intervenţie. Pentru a fi sigur că se face o operaţie complectă, e necesar de a mărgini ficatul prin incizia lui Mayo Robson sau a lui Kehr. Ficatul e luat în afară, legamentul falciform secţionat, dacă e nevoe. Exploraţiunea căilor biliare extra-hepatice e făcută în mod complect cu degetul şi prin cateterizmul coledocului; pentru această ultimă manoperă, sonda e introdusă fie direct prin coledoc, fie prin orificiul de secţiune al cysticului, dacă s'a făcut o cholecystectomie. In caz de nesiguranţă asupra prezenţei unui calcul în porţiunea terminală a choledocului, se va practica decolarea duodenului sau o duodenostomie. Cholecistectomia trebue să fie practicată nu numai în cholecystitele calculoase, ci chiar în litiaza coledocului, dacă vrem să ne punem la adăpost de recidivă. Technica cea mai bună e cholecystectomia sub-seroasă. Drenajul hepaticului va fi practicat în toate cazurile de litiaza coledocului. Hepatopexia pare utilă pentru a asigura drenajul şi pentru a evita recidivele.

Angiocolita care însoţeşte litiaza, poate da naştere fie la colecţiuni intra-hepatice, fie la strâmtori a căilor biliare, consecutive ulceraţiunii canalelor biliare. Abcesele sunt rare, ele sunt de obicei uniloculare şi au un pronostic operator bun. Abcesele împrăştiate, mai rare, sunt foarte grave. Strâmptările se fac mai ales la nivelul cisticului, ele sunt mai rare pe coledoc şi hepatic. Persistenţa unei fistule biliare e primul lor semn. Tratamentul va fi colecistectomia, fie rezecţia coledocului sau anastomoza căilor biliare: hepatic sau coledoc, cu duoden.

Turburările dispeptice de origină bilinăară, bine cunoscute acum, trebue să fie tratate prin drenajul căilor biliare. Cât despre stenozele pilorice, de aceeaşi origină, avem avantajul de a le trata în doi timpi: gastro-enterostomie întâi, apoi ectomia veziculei şi drenajul căilor biliare, dacă e nevoe. Stenozele intestinale vor fi tratate ca cele pilorice. Se cunosc acum 300 cazuri de ileus biliar. Cele mai adeseori calculii sunt veniţi în intestin printr'o fistulă bilio-intestinală. In apendicitele de origină biliară, e bine, în formele aceste, de a ne mulţumi, după rezecţia apendicelui cu cholecystostomia; în formele cronice se poate ridica vezicula în acelaşi timp cu apendicele. Pancreatitele de origine biliară sunt bine cunoscute, ele sunt sub dependinţa calculilor coledocului. In pancreatitele acute, se va drena colecţia şi se va face o colecistostomie; în formele cronice autorul recomandă operaţia lui Kehr, colecistectomie cu drenajul hepaticului. Contra peritonitelor generalizate de origine liberă se va face colecistectomie sau simplu drenaj al veziculii; dacă starea bolnavului nu permite mai mult. Pentru peritonitele localizate, în majoritatea cazurilor, va trebui să se dreneze întâi abcesul, apoi să se practice ablaţia veziculei.

Cancerul căilor biliare atinge mai ales pe acei cari au prezintat litiază la nivelul veziculii. In cea mai mare parte a cazurilor când s'a intervenit, se crede că e vorba de litiază.

Icterul e datorit adeseori manifestărilor de infecţie şi nu turburărilor de compresiune, cel puţin la început; de asemenea icterul nu contraindică operaţia. Pe 58 cazuri publicate, mortalitatea operatorie a fost de 21,5% în cholecystectomiile simple, de 13—33% în colecistectomiile cu rezecţia ficatului sau intervenţia pe intestin. Căutarea ganglionilor în cursul operaţiei trebue să fie sistematică. Tratamentul chirurgical nu pare indicat în cancerul hepaticului. Cancerul cisticului sau al coledocului vor fi tratate prin ablaţia sau rezecţia şi anastomoza conductelor, dacă e nevoe.

MOCQUOT. — **Starea veziculei biliare în obstrucţiile căilor biliare.** (*Thèse* Paris, 1909). Starea veziculei în obstrucţiile căilor biliare nu depinde numai, cum se spune de obicei, de natura obstacolului şi de inflamaţia veziculei: Mocquot socoteşte că ea depinde mai ales şi înainte de teate — de sediul obstacolului.

Experienţa arată că ocluzia bruscă, complectă şi permanentă a canalului cystic aduce distensia temporală a mucoasei, apoi retracţiunea definitivă a veziculei biliare; — că ocluzia bruscă, complectă şi permanentă a canalului choledoc aduce distensia biliară a veziculei.

In clinică, ocluzia unei aceleiaşi porţiuni a căilor biliare, aduce modificări variabile ale veziculei, pentrucă alţi factori sânt în joc.

Ocluzia canalulului cystic provoacă când empiemul veziculei, când distensia mucoasei sale, când transformarea kistică, când în fine retractarea şi atrofia sa. Ocluzia izolată a canalului coledoc e întovărăşită uneori de distensia biliară a veziculei, câte odată de retractarea sa, când vezicula ar fi, din contră, sclerozată. Ocluzia canalului hepatic aduce atrofia veziculei. Ocluzia confluentului hepati-coledoco-cystic duce când la distensia mucoasă, când la atrofia rezervorului biliar. La noţiunea capitală a sediului obstacolului, trebue adăogată, pentru a explica alteraţiunile cholecystului, noţiunea stării veziculei în momentul când se stabileşte obstrucţia. Consecinţele unei aceleaşi ocluzii vor fi cu totul diferite după cum se instalează pe o veziculă sănătoasă, uşor iritată, foarte infectată, cronic inflamată. Noţiunea rapidităţii cu care se constitue ocluzia complectă, durata şi caracterele fazei obliterante au o mare influenţă asupra stării ulterioare a rezervorului biliar. Natura obstrucţii nu pare că joacă, în ea însăşi, un rol asupra stării veziculei.

MOLINEÉ. — **Abces al ficatului complicat cu revărsare pleurală.** (*Thèse* Paris, 1909). Revărsarea pleurală nu e o complicaţie rară a abcesului ficatului. Se găseşte în proporţie de 8,9% cazuri. E o complicaţie foarte gravă. Mortalitatea abcesului ficatului astfel complicat, e de 85,8%.

Afară de cazul de deschidere bruscă a abcesului în pleură, diagnosticul acestei complicaţiuni e foarte dificil.

Intervenţia chirurgicală se impune — ca singur mijloc de tratameet — nici o contra indicaţie dacă nu e în colaps terminal.

Operaţia va fi următoarea: *a)* Când revărsarea a fost diagnosticată: Toracenteza în caz de revărsare seroasă; Rezecţia marginei inferioare a toracelui prin metoda lui Lannelongue şi Canniot dacă revărsarea e purulentă.

b) Când revărsarea n'a fost diagnosticată: Dacă în momentul inciziei pleurei parietale (în intervenţiile transpleurale ale abceselor ficatului) se vede curgând licid ce provine din pleură, se va evacua complect cavitatea şi înainte de a inciza diafragmul, se va proteja seroasa printr'o coroană de comprese, apoi se va sutura diafragmul la piele, lăsând pe loc compresele protectoare, după cum a făcut Mauclaire în observaţia raportată.

Când abcesul s'a deschis în pleură: — Incizia spaţiului al 8-lea sau al 9-lea, căutarea oreficiului diafragmatic, spălarea şi drenarea cavităţilor (hepatică şi pleurală).

PLANSON. — **Studiu contuziunilor şi rupturilor traumatice ale splinei** (*Thèse* de Paris, 1909). Contusiunile simple şi hematomele intra-splenice puţin voluminoase, constituesc leziuni, în general, benigne. Pot însă să determine grave accidente tardive: hemoragii secundare, fenomene de infecţie. Dislocările şi rupturile sunt din contră leziuni de cea mai înaltă gravitate: netratate, ele aduc moartea prin hemoragie, în mai mult de 90% cazuri. Jumătate din răniţi mor de hemoragie, la două ore după traumatizm. Cealaltă jumătate prezintă, intre finele perioadei de shoc şi apariţia semnelor mari de hemoragie internă, o serie de simptome ce permit facerea diagnosticului de ruptură. Cel mai constant dintre aceste simptome e contracţiunea musculară, dar cel mai important, din punct de vedere al diagnosticului şi al indicaţiunilor operatorii, e apariţia uneia sau a mai multor zone de mutitate cu predominenţă perisplenică, traducând desvoltarea unei revărsări rapide şi abundente. In caz de ruptură adevărată, singurul tratament e intervenţia.

Dacă splina e sfărâmată sau dacă prezintă leziuni multiple, se va practica splenectomia. Dacă leziunile sânt superficiale se va practica splenorafia. In fine, in unele cazuri de leziuni localizate la polul inferior, splenectomia parţială poate fi întrebuinţată cu succes.

Mortalitatea indivizilor operaţi pentru ruptura splinei e astăzi de 36—38%.

G.

Anul VI, No. 5 Maiu 1910. Volumul I.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. CONSTANTIN DANIEL

PRINCIPII DE OBSTETRICĂ ASEPTICĂ

TECHNICA UNEI FACERI NORMALE

Din progresele miraculoase realizate în ultimii zece ani în medicină şi chirurgie, obstetrica normală şi distocică nu a tras un profit destul de mare, rămânând din multe puncte de vedere într'o întârziere regretabilă. Nici asepsia, nici anestezia în cursul naşterei normale sau artificiale, nici în fine technica operatorie nu au evoluat proporţional cu mersul gigantic al chirurgiei noi; şi în obstetrica actuală se văd încă o mulţime de concepţiuni eronate rămase din medicina archaică, de imperfecţiuni de technică, transmise şi perpetuate de „moaşele celebre“ din trecut, cari sunt departe de a răspunde cerinţelor unei faceri simple cu un postpartum apiretic. Numai urmărind de aproape mişcarea medicală şi căutând a aplica în obstetrică toate descoperirile mari, vom putea reuşi a pune „arta facerilor“ din primele epoce ale obstetriciei, pe o bază solidă şi a o ridica la rangul ei de adevărată „ştinţă obstetricală“. Numai ast-fel vom evita ca post-partul să prezinte o morbiditate atât de mare, chiar în clientela privată, şi nu vom mai avea de deplorat atâte morţi nemeritate, desigur evitabile, datorite distociei şi mai ales neobservărei regulelor de asepsie. Câte infecţiuni genitale, câte flebite, câte septicemii puerperale, cari au aruncat atâta doliu în familiile nenorocitelor parturiente, nu ar fi putut fi evitate dacă antisepsia era bine înţeleasă, dacă asepsia era riguros aplicată!

In adevăr, în obstetrică, ca şi în chirurgie, nu e suficient ca medicul să cunoască numai technica operatorie, ci trebuie încă să cunoască şi procedeele profilactice, adică **să fie familiarizat cu cele mai mici detalii ale metodei aseptice**. Nu e un bun specialist în momentul actual acela care cunoaşte în deajuns mecanizmul naşterei, distocia, patologia obstetricală, etc., ci acela care pe lângă acestea şi-a făcut o educaţie chirurgicală serioasă, care în timp de mai mulţi ani s'a îndeletnicit cu technica sterilizărei mâinilor şi materialului operatoriu, *care şi-a făcut o educaţie aseptică solidă.*

I.

Asepsia la puerperale. Inconvenientele antisepticelor. Inutilitatea lor în obstetrică.

Când s'a dovedit, graţie ideilor pastoriane, *că contagiunea era cauza mortalităţei operatorie şi puerperale,* toate sforţările generaţiei obstetricale din a doua jumătate a secolului trecut urmăriră realizarea unei chimere pentru ei: **reducerea la minimum a morbidităţai şi a mortalităţei după naştere.** Dar toţi precursorii adevăratei asepsii, pentru a fi consecuenţi până la un oare-care punct cu doctrina microbiană, crezură multă vreme că agenţii chimici se comportau vis-à-vis de organizm şi de ţesuturile vii ca asupra culturilor microbiane. Cercetările experimentale ale lui Tarnier şi Vignal asupra valoarei diferiţilor antiseptici, etc., impresionară atât de puternic spiritul contimporanilor lor, că în timp de aproape 50 ani, cât dură metoda listeriană, asistăm la un adevărat abuz de antiseptice, şi la numeroase cazuri de accidente şi de morţi prin intoxicaţiune medicamentoasă.

Dezastrele cari se observau în timpul acestei chirurgii antiseptice dete de gândit la mulţi operatori. Şi pătrunşi de convincţia că: **utilizând antiseptice slabe** (în doză necaustică sau netoxică) **nu se poate obţine o sterilizare complectă a tegumentelor,** a materialului chirurgical, a apei, etc., unii autori încep să se debaraseze de agenţii chimici pentru a produce desinfectarea operatorie. Incă din 1893, vedem pe Terrier în Franţa, dând semnalul de alarmă, şi în timp de aproape zece ani, asepticii luptă pentru a-şi susţine cauza lor justă, fără să fi reuşit încă a suplanta în întregime edificiul ruinat al chirurgiei antiseptice. Ast-fel că există azi, în chirurgie, două metoade de valoare inegală cari îşi împart sufragiile: una vechie **antiseptică,** alta nouă **aseptică.** a) *Cea d'ântâi utilizând agenţii chimici, reputaţi microbicizi, dă o sterilizare inperfectă; ea are inconvenientul de a nu distruge sporii microbilor patogeni cari pot ulterior să se dezvolte şi să producă accidente septice.* b) *Prin metoda aseptică, utilizând agenţii fizici, în* *particular căldura, din contra, obţinem o sterilizare complectă, căci suprimăm nu numai microbii ci şi sporii lor.*

Azi, dacă majoritatea chirurgilor moderni au adoptat *asepsia pură*, rămâne încă o bună parte cari întrebuinţează o *metodă mixtă*, în care se utilizează asepsia pentru instrumente, apă, material, etc., iar antisepticile pentru tot ce e imposibil a se supune la sterilizarea în autoclav sau etuve, ca tegumentele bolnavilor, mâinile operatorului, etc. Tot asemenea şi în obstetrică, există o infimă minoritate, care practică asepsia obstetricală pură, pe când majoritatea medicilor continuă a practica ideile vechi formulate de Tarnier: *„En obstétrique, l'asepsie étant insuffisante, il faut y ajouter l'antisepsie"*.

Numeroase cercetări exprimentale şi aplicaţiuni practice vin azi să ne afirme cu putere: **inutilitatea antisepticilor în obstetrică.**

a) Acţiunea microbicidă a antisepticilor, in vitro, *asupra germenilor şi a sporilor* e variabilă şi inconstantă. In apa fenicată s'au găsit microbi (Miquel). Sublimatul corosif, nitratul de argint, apa oxigenată, au puţin efect asupra vibrionului septic (Courboulès). Se ştie azi că unii microbi pot trăi în diferiţi antiseptici: bacteridia carbonoasă în acid fenic (5 la 100, Guttmann, Esmarc); stafilococul aureu, în soluţia de sublimat (1 la 1000, Behring), precum şi în iodoform. In fine, s'a demonstrat că microbii se pot aclimata în antiseptice (experienţele lui Kossiacoff, Biernachi şi Bokorny).

b) Aplicate pe *ţesuturi normale sau pe plăgi aseptice*, antisepticile provoacă diferite accidente locale şi generale. Ele alterează ţesuturile sănătoase, compromiţându-le vitalitatea (erupţiuni cutanate, inflamaţiuni, ulceraţiuni, gangrene), micşorându-le puterea fagocitară (experienţele lui Pruden), şi întârziând fenomenele de reparaţiune cicatricală (experienţele lui Rontschewsky). *Ele au o putere toxică asupra organizmului urmată de accidente hepato-renale grave şi une-ori chiar de moarte* (pansamente şi irigaţiuni cu iodoform, sublimat, acid fenic).

c) Cât despre acţiunea lor în *plăgile infectate*, aceasta e cu totul iluzorie. In adevăr, cercetările lui Brünner au arătat că microbii se duc în profunzimea plăgilor, unde se desvoltă. Precipitând albumina din ţesuturi, antisepticile devin inactive, de oare-ce nu pot străbate stratul superficial coagulat şi aplicarea lor devine ast-fel fără folos. Pe de altă parte, experiența noastră zilnică, de aproape 4 ani în serviciul prof. Th. Ionescu și în clientela privată, ne arată că: *practica aseptică este superioară celei antiseptice chiar în tratamentul plăgilor infectate.*

Bazați pe numeroase experiențe, Krönig, la clinica din Leipzig, Leopold la clinica din Dresda, suprimă injecțiile vaginale *antiseptice* și obțin rezultate cu mult superioare (morbiditatea scade cu 10 %).

Rezultă, în rezumat, din considerațiile cari preced că: *a) pe când metoda aseptică respectă vitalitatea țesuturilor și ușurează mijloacele de apărare ale organizmului; b) antisepticele puternice și de lungă durată mortifică straturile anatomice cu cari sunt puse în contact, alterează prin intermediarul circulației ficatul, rinichiul și sistemul nervos, reducând ast-fel prin intoxicația ce determină rezistența totală a organizmului.*

Pe de altă parte, în urma experiențelor lui Otto Lang, Flasch, Kowalewsky, etc., se știe azi că ceea ce intervine, în vindecarea unei plăgi tratată cu antiseptice, *nu e atât acțiunea microbicidă a acestora, ci auto-apărarea organizmului, rolul distrugător al fagociților.* Substanțele antiseptice provoacă o leucocitoză în genul celei ce se observă în boalele infecțioase: și unele substanțe medicinale posedă proprietatea de a deștepta o chimiotaxie pozitivă. *Ast-fel că nu de gradul de antisepsie al substanțelor toxice sau caustice depinde reacțiunea polinuclearelor, și prin urmare vindecarea mai rapidă a plăgilor, ci de natura lor chimică.*

Experiența zilnică confirmată de cercetările de laborator ne arată, deci, clar și convingător, că uzul antisepticilor în scopul d'a obține o acțiune microbicidă și curativă locală este ilusoriu. Și bazați pe rezultatele strălucite, date în acești din urmă ani, de chirurgia aseptică și pe o experiență personală destul de convingătoare, putem afirma că: **asepsia pură, aplicată la obstetrică, reprezintă singura metodă rațională de sterilizare, de curățenie ideală, care prin simplicitatea, eftinătatea și rezultatele sale absolute ne permite a realiza adevărata profilaxie a infecțiunilor obstetricale.**

Cât despre **antisepsia profilactică** a canalului vaginal, în scop de a preveni infecțiile post-partum, ea este inutilă. Cercetările experimentale ale lui Döderlein, reluate de Krönig, arată că în cursul puerperalității **vaginul posedă o forță bactericidă naturală** vis-a-vis de microbii saprogeni sau patogeni introduși din afară. Krönig conchide că: *a)* nu numai că e imposibil, cu desinfectanții uzuali

(Lysol, 1 la sută, sublimat 1 la 1000) a distruge printr'o simplă injecţie vaginală microorganismele introduse în canalul vaginal, *b)* **dar injecţiile vaginale târăsc mecanic şi alterează secreţia vaginală, ceea ce anihilează pentru un timp forţa bactericidă a vaginului** (in: Varnier, Obstétrique journalière, 1910, Paris, p. 402).

E suficient, aşa dar, a se spăla vaginul cu apă sterilizată simplă, a se face pură asepsie, pentru ca femeia în timpul partului să fie la adăpostul unei infecţiuni de cauză endogenă. Dar în acelaş timp trebue ca şi medicul să fie aseptic, să nu introducă în organele genitale germeni morbizi. **Asepsia în obstetrică se reduce în a preserva parturienta de ori-ce accident septic.** Principiile cari trebue să conducă pe medic în practica asepsiei obstetricale sunt subordonate la 2 regule fundamentale: *a)* **a nu infecta pe femeie,** adică a evita introducerea din afară, prin intermediarul mâinilor, instrumentelor, materialului, a germenilor septici în organele genitale; *b)* **a susţine organizmul,** adică a evita ori-ce cheltuială inutilă de energie.

Pentru a realiza asepsia obstetricală trebue ca medicul să ia înainte de naştere o mulţime de precauţiuni minuţioase, sterilizând, prin procedee diverse, tot ce se poate pune în contact mai mult sau mai puţin intim cu organele genitale ale parturientei: mâinile sale, instrumentele, materialul de pansamente, rufăria, localul, etc. Toate aceste precauţiuni trebuesc luate atât înainte, cât şi în timpul şi după facere; cu alte cuvinte asepsia va fi *ante-partum, intra-partum* şi *post-partum.*

Voi rezuma în 3 capitole următoare principalele mijloace de asepsie cu preparativele şi *technica unei faceri normale aseptice.*

II.

Asepsia ante-partum. Medicul. Moaşa. Femeia puerperală.

1. **Medicul. Asepsia medicului şi a mâinilor.** — Ca şi în chirurgie, în obstetrică se vor desinfecta mâinile cu cea mai mare rigoare. Căci aci ca şi în urma unei operaţii există o plagă aseptică constituită de păretele uterin, desbrăcat de caducă, sângerând, şi multe alte soluţiuni de continuitate la nivelul gâtului uterin, în vagin, la perineu, cari pot deveni atâtea porţi de intrare capabile de a fi inoculate din afară.

Inainte de a începe desinfectarea mâinilor se va îmbrăca o bluză de pânză nouă sau spălată de curând cu leşie sau sterilizată.

Braţele sunt lăsate goale până deasupra coatelor. După tăierea unghiilor şi curăţirea şanţurilor sub şi peri-unghiale, se începe asepsia propriu zisă a mâinilor şi a antebraţelor; cu ajutorul a 3 elemente: **apă, săpun şi perie.** Aceste 3 materialuri sunt sterilizate dinainte prin ferbere prelungită, sau prin încălzire la autoclav. Periile se mai pot steriliza prin ferbere într'o soluţie de carbonat de sodă (2 la 100) timp de 1 oră.

Technica desinfectărei mâinilor e cea obicinuită; se ia peria cu o mână şi se freacă energic cealaltă mână în toate punctele sale: faţa palmară, faţa dorsală, spaţiile interdigitale, capătul degetelor, precum şi tot antebraţul până la cot. Se schimbă alternativ peria dintr'o mână într'alta. *Se insistă mai ales asupra extremităţilor digitale şi regiunei ungheale.* Spălarea se face într'un lighean de metal nou, desinfectat prealabil prin flambare, sau într'un lighian de porţelan care a servit deja şi care a fost prealabil curăţit prin frecare cu leşie, spălare cu săpun şi flambare cu alcool. Această *asepsie preliminară* durează 5 minute. Apoi, se reîncepe în timp de alte 5 minute, într'un alt lighian de preferinţă (preparat ca mai sus), cu apă preschimbată şi cu o altă perie, aceiaşi operaţie care ne procură *asepsia definitivă.* După 10 minute de frecare cu peria şi săpun, sterilizarea mâinilor poate fi considerată ca complectă.

Dacă mâinile medicului sau ale moaşei conţin vre-o excoriaţie sau vre-o leziune septică, sau au fost în contact recent cu un focar infectat, ei vor aştepta cel puţin 48 ore înainte de a se pune în contact cu o puerperală. Şi în urmă după ce şi-au schimbat vestmintele şi au luat o baie, vor putea da îngrijiri directe unei parturiente. Iar dacă e o extremă urgenţă de a se asista femeia înainte de 48 ore de la contaminare, după sterilizarea mecanică a mâinilor **se va uza de mănuşi de cauciuc,** sterilizate prin ferbere, pe cari regret de a nu le vedea întrebuinţate în obstetrică atât de des ca şi în serviciile de chirurgie aseptică.

Se va uza încă de mănuşi, *ori de câte ori suntem chemaţi a da îngrijirile noastre unei parturiente infectate,* spre a evita astfel contaminarea mâinilor.

Recomand în modul cel mai particular, *mănuşile de cauciuc gros cu manşetă, model Chaput* (fabricate de Galante), *cu degete scurte, largi, ascuţite,* care ne-au dovedit suficient superioritatea lor, din mai multe puncte de vedere, asupra celor-lalte modele de mănuşi. Rezistente, uşor sterilizabile prin fierbere (20 minute) fără nici o alterare, comode fără să strângă degetele, cu vârful fin, ele permit exploraţiile şi manoperile cele mai delicate.

Aceiaşi practică aseptică se recomandă pentru moaşe şi pentru ori-ce altă persoană chemată a da îngrijirile sale unei puerperale apiretică. De asemenea toate persoanele care se vor pune în contact direct cu parturienta vor fi îmbrăcate cu rufe curate, cu bluze de pânză spălate de curând cu leşie, care le acopere îmbrăcămintea de oraş.

Dacă medicul, practicând la sate sau în centre mici, este nevoit să dea în acelaş timp îngrijirile sale şi la bolnave infecţioase sau supurate şi la puerperale, recomandăm a fi cât se poate de minuţios în chestiile de desinfectare înainte de a veni în contact cu femeia obstetricală. **El va vizita mai întât pe parturientă, apoi pe ceilalţi bolnavi.** Va avea o bluză specială de pânză cu care va intra în camera bolnavului contagios. Pansamentele supurate le va face cu mănuşi şi cu ajutorul de pense lungi cari îi vor evita ori-ce contact direct cu focarul septic. In fine, la plecare va face o desinfectare serioasă a mâinilor, purificându-se imediat (printr'un savonaj serios cu peria în timp de 10 minute) de toate materiile ce l-au putut atinge.

Tuşeul genital va fi practicat cu unul sau două degete unse cu puţin săpun sterilizat. Vaselina nu va fi întrebuinţată decât atunci când suntem siguri de asepsia sa; aceia care se află în comerţ, conţinută în tuburi metalice şi sterilizată prin căldură e singură permisă. Pentru a se servi de aceasta, se deşurupează dopul metalic care închide una din extremităţile sale şi se presează uşor pe cealaltă extremitate. In cazul contrar, nedispunând de vaselină curată, spuma de săpun e cel mai bun corp alunecător pentru explorarea organelor genitale. Săpunul cel mai preferabil e cel lichid, conţinut în flacoane de sticlă, sterilizat industrial sau prin ferbere.

2. Parturienta. Prepararea femeei. Desinfectarea organelor genitale. — *In cursul sarcinei*, după recomandaţiile medicului, femeia va face băi generale (de curăţenie, timp de 10 minute) la fie-ce 8—10 zile. Aproape de termen va face o baie mai prelungită cu un savonaj minuţios al zonei sexuale. Contrar unei rele practice, **trebue interzisă ori-ce bae generală la femeile cu ruptura membranelor în cursul sarcinei sau în cursul naşterei.**

In tot timpul sarcinei, femeia va face injecţii vaginale cu 2 litri de apă fiartă şi răcită la 38°—40° (Celsius), fără presiune, cu o canulă de sticlă cu deschidere largă. Injectorul, tubul de cauciuc, sunt sterilizate prin ferbere la fie-ce 3—4 zile; canula e zilnic fiartă sau flambată.

Dacă se bănueşte că femeia ar fi avut înainte de sarcină, sau are, o blenoragie recentă, se va trata vaginul în cursul lunei a 9-a prin irigații zilnice cu permanganat de potasă (soluție: 1 la 2.000). De asemenea dacă parturienta are un trecut inflamatoriu utero-anexial, se va căuta a se îngriji în măsura posibilă rămășițele septice ale organelor genitale.

In cursul travaliului, asepsia organelor genitale trebue să fie riguroasă, căci imediat după expulsia fetului se produc numeroase soluțiuni de continuitate, de plăgi contuze, cari devin atâte porți de intrare pentru microbi. Desinfectarea organelor genitale se va face metodic: se va curăți mai întâi vulva pentru ca degetul explorator să nu introducă microbii din afară în vagin și pe col; apoi se va procede la asepsia vaginului.

După o sterilizare cât de complectă a mâinilor, după ce s'a tăiat scurt (cu foarfeca sau cu tondeuza) o parte din perii regiunei genitale (din jurul vulvei), după ce femeia a urinat și a luat o clismă, se începe toaleta genitală. Cu peria, cu săpun și apă sterilizată, se freacă mai întâi fața antero-internă a coapselor, regiunea hipogastrică, regiunea perineală. Cu tamponul de vată și săpun se spală apoi minuțios vulva, cu labiile și pliurile sale, inelul vulvar. Această toaletă externă este necesară înainte de a se procede la asepsia vaginului. Cu o compresă învelită în jurul degetelor se face un savonaj complect al canalului vaginal repetat de 2—3 ori, schimbându-se la fie-ce dată tamponul. Apoi cu o pensă de pansamente vaginale se ia un tampon de vată și se savonează bine fundul vaginului insistându-se mai ales la fundurile de sac. Se face, în fine, irigația vaginală. Pentru a o prepara se umple irigatorul, desinfectat dinainte, cu apă sterilizată; se lasă să se scurgă puțin lichid prin canulă pentru a se expulza aerul din tub, se depărtează labiile vulvare și *se introduce canula urmându-se părețele posterior*. Două degete introduse în acelaş timp în vagin complectează spălarea fundului de sac. Canula se introduce de preferință pe jumătate, *iar irigatorul nu trebue ridicat mai mult de 40—50 centimetri deasupra basinului femeei*. Când apa s'a scurs, cu canula se deprimă furșeta, iar cu mâna hipogastrul pentru a lăsa să iasă apa reținută în vagin.

Femeia este apoi îmbrăcată cu rufe noi, iar membrele inferioare, până deasupra genunchilor, sunt îmbrăcate cu jambiere de flanelă sau cu ciorapi noi. Lingeria (cearşafuri, şervete) care serveşte pentru pat precum şi tot ce se pune în contact direct cu parturienta trebue să fie curată, de preferinţă nouă, fiartă recent în leşie şi călcată.

III.

Instrumente. Material de pansamente. Medicamente. Obiecte. Apa.

1. **Instrumente.** — Practicianul, ori de câte ori e chemat pentru o naştere, trebuie dinainte să ordone a se prepara unele obiecte necesare facerei. Iar el va aduce instrumentele şi medicamentele de primă necesitate, cari pot servi în cursul travaliului, fie pentru fet fie pentru mamă.

Este evident că idealul e de a avea aceste instrumente şi obiecte sterilizate la temperaturi înalte (autoclave, etuve). Dar în practica obstetricală zilnică, aceste metode nu sunt totdeauna posibile de realizat. Aşa că de cele mai multe ori ne vom mulţumi de *fierbere* (imersiune timp de o oră, în apă în plină ebuliţie), sau în caz de urgenţă de *flambare*. Aceasta din urmă se face: fie plimbându-se în flacăra unei lămpi de alcool, când e vorba de o canulă, de un mic instrument; fie, când sunt mai multe instrumente, punându-le într'o tavă sau farfurie, stropindu-le cu alcool şi dând foc 1—2 minute. Trebuie a mişca tava ast-fel ca toate părţile instrumentelor să primească în mod egal contactul flacărei. Se toarnă d'asupra apoi apă fiartă spre a le răci. Dar trebuie ştiut că acest mod de sterilizare, care oferă avantajul d'a fi rapid, nu asigură o sterilizare perfectă, de oare-ce alcoolul fierbe la 80° şi părţile instrumentelor cari nu au fost atinse de flacăre şi au stat numai în contactul alcoolului rămân incomplect aseptizate.

După ori-ce intervenţie, septică sau aseptică, instrumentele vor fi bine curăţite. Vor fi mai întâi spălate cu apă, frecate a parte cu peria şi săpun, insistând asupra părţilor neregulate (belciuge, şanţuri, cavităţi de sonde, etc). Inainte de a le supune sterilizărei ele vor fi din nou curăţite ca mai sus.

Instrumentaţia de prima necesitate care face parte din trusa medicului chemat a asista o femeie la naştere se rezumă în:

1 *forceps.*

1 *cutie cu instrumente de disecat şi sutură* (1 pensă de dise-

cat, 6 pense hemostatice, 1 ac curb de Reverdin, o foarfecă, catgut, crin de Florenţa).

3 sonde (1 sondă în gomă Nelaton pentru aspiraţia mucozităţilor din *laringe;* 1 sondă *vesicală* de sticlă sau metal; 1 sondă *intra-uterină* de sticlă, turtită după model Pinard, sau cu şanţ inferior după model Champetier de Ribes).

1 canulă vaginală de sticlă dreaptă, cu o singură gaură largă.

1 ac pentru injecţii subcutanate de ser.

1 tub de cauciuc de 2 metri lungime, permiţând a se improviza un injector, sau un aparat de ser.

2 dopuri de cauciuc (de calibre diferite) cu 2 tuburi de sticlă paralele, putându-se adapta la o sticlă şi improvizând un irigator. Unul din tuburi servă pentru trecerea aerului care intră în butelie, altul pentru scurgerea apei. Se răstoarnă acest aparat cu dopul în jos şi se obţine un injector perfect.

1 stetoscop.

1 perie nouă de mâini.

1 pereche mănuşi de cauciuc.

1 bluză de pânză curată.

2. **Medicamente.** — In afară de instrumente, medicul va aduce cu sine câte-va medicamente utile la nevoie, iar familia îşi va procura o altă parte.

Medicamentele aduse de medic sunt:

1 soluţie de ergotină (25 la 100) pentru injecţii hipodermice (în caz de hemoragii).

1 soluţie de stovaină (1 la 100) pentru anestezie locală (în caz de reparaţiuni perineale).

Familia îşi va procura:

2 litri de ser fiziologic sterilizat,

1 flacon de chloroform,

1 soluţie de nitrat de argint (1 la 100) pentru a instila în ochii noului născut, când e bănuială de blenoragie vaginală. In caz contrar câte-va picături de zeamă de lămâie ajung.

3. **Material de pansamente şi obiecte.** — Familia va prepara necesarul pentru asepsia mâinilor, pentru toaleta organelor genitale, pentru eşirile afară, pansamente vulvare, lingeria necesară şi pentru primele ajutoare noului — născut. Ar fi de dorit ca tot materialul ce vine în contact cu parturienta să fie sterilizat la tempera-

turi înalte (autoclave, etuve). Se vor prefera produsele ce există deja în comerţ sterilizate prin metodele industriale.

Principalele obiecte necesare sunt:

1 injector de 2 litri, de sticlă sau de fer zmălţuit cu un tub de cauciuc de 2 metri. (Injectorul e curăţit mai întâi minuţios prin fierbere timp de $^1/_2$ oră. La fie-ce irigaţie e opărit la interior cu apă fierbinte, şi apoi flambat cu puţin alcool. Tubul de cauciuc se va steriliza prin fierbere timp de $^1/_2$ oră, şi opărit, înainte de a servi, la interior cu apă fierbinte).

3 *canule vaginale de sticlă drepte,* cu un singur orificiu larg. (Ele se vor steriliza mai întâi prin fierbere, apoi prin simplul flambagiu la o flacăre de alcool).

1 bidet de fer sau de faianţă, turtit, pentru a primi lichidele injecţiilor şi pentru toaleta genitală. Cuveta de la bidet sau o altă, model special, cu o extremitate turtită care intră sub şezutul femei se întrebuinţează de obicei în aceste cazuri. Ele trebuie să fie uşor sterilizabile. Pentru irigaţiuni mai abundente se va pune femeia transversal pe marginea patului, în poziţie obstetricală.

1 basin turtit pentru evacuarile intestinale.

1 muşama de 2 metri pe 1 m $^1/_2$, sau mai multe jurnale cari se pun sub cearceaf.

1 kilogram vată. E suficient a se aproviziona cu 4 pachete de vată à: 250 gr., şi 20 pachete mici à: 10 grame. Fără a fi riguros sterilizată, această vată e suficient sterilă pentru pansamentele vulvare.

1 bobină de fir sterilizat industrial pentru ligatura cordonului (catgut No. 2, sau mătasă).

1 instilator pentru ochi,

1 litru de alcool rectificat.

$^1/_2$ *litri de alcool denaturat,*

1 termometru maxima

$^1/_2$ *kilogr. oţet aromatic,*

$^1/_4$ *hilogr. făină de muştar,*

$^1/_4$ *kilogr. pudră de amidon,*

1 cutie ace de siguranţă,

1 scândură, care se va introduce sub saltea în timpul expulsiunei pentru a forma un plan rezistent şi a facilita muncile.

Lingerie curată: 4 cearceafuri, 6 şervete.

Vase de rezervă: 2 lighiane curate; 6 farfurii (2 lungi, 2 întinse, 2 adânci); 1 găleată de lături.

1 baie de scăldat copilul.

4. **Apa.** — Ar fi de dorit să se poată întrebuinţa în clientelă aceiaşi apă care o avem în Maternităţi şi în serviciile de chirurgie: apa filtrată şi sterilizată la temperaturi înalte prin vapori sub presiune. In comerţ putem găsi apă sterilizată industrial în flacoane separate. De asemenea ar fi bine ca medicii-specialişti să posedă bidoane de metal construite în acest scop (ca acele ale lui Bonneau, din Paris), conţinând 8—10 litri de apă sterilizată; aceste bidoane transportate la domiciliul bolnavilor se pot încălzi repede la o lampă de alcool destinată în acest scop.

In practica de clientelă ne vom servi de *apă filtrată şi sterilizată prin fierbere timp de 1 oră.* Se vor prepara 2 tingiri noi de metal cu capac, à 5 litri fie-care; se vor steriliza separat prin frecare cu leşie, apoi prin flambaj cu alcool. După ce-au fost opărite de mai multe ori, se vor umple cu apă şi supune fierberei; conservând un vas cald şi altul rece se poate face amestecul convenabil pentru a avea apă căldicică.

IV.

Technica unei naşteri normale aseptice.

1. **Preparativele. Camera. Patul. Masa cu obiecte şi materialul obstetrical. Moaşa. Medicul. Familia.** — *a) Camera* în care va naşte femeia va fi mare şi aerată de mai multe zile. Va fi bine luminată şi departe de cabinete şi de sgomot. Cu câte-va zile înainte de facere se vor scoate covoarele, perdelele, mobilele tapiţate şi inutile, sau se vor acoperi cu cearceafuri curate pentru ca mişcarea lor sau mersul în cameră să nu mobilizeze praful intrat într'ânsele. Sub nici un motiv **nu se va accepta camera în care a zăcut recent vre-un bolnav de boală contagioasă.** De asemenea curăţitul se va face cu multă atenţiune ast-fel ca praful să nu se urce în sus. E preferabil chiar a nu mătura camera parturientei în primele 5—6 zile de la naştere, ci a aşterne cearceafuri pe scânduri.

Mobilierul camerei de naştere se va reduce la strictul necesar: *patul parturientei, o masă pentru obiecte şi materialul obstetrical, o masă cu 2 lighiane* (pentru medic şi moaşe), *o canapea pentru moaşe, 2 scaune.*

Vara se va închide hermetic ferestrele, iar storurile vor fi lăsate. Iarna, temperatura camerei va fi de 17°—18°. Sobă va fi încălzită de preferinţă cu lemne, şi se va aera de 2—3 ori pe zi prin intermediarul camerei vecine.

b) Patul în care va naşte femeia e preparat în modul următor: peste saltea se pune o muşama fixată la colţuri cu ace de siguranţă, apoi pe d'asupra se întinde un cearceaf curat, care va sta pe loc până în primele 3—4 zile după naştere. In mijlocul patului, acolo unde va sta femeia, se depune un alt cearceaf îndoit în patru, care în timpul naşterei va absorbi sângele şi licuidele din organele genitale. După naştere e suficient a se scoate acesta pentru ca femeia să se găsească într'un pat curat.

c) Masa cu obiecte. Pe o masă suficient de mare, la vre-o 2 metri de pat, acoperită cu un şervet curat, se aranjază principalele instrumente, obiecte şi materialuri de pansamente. Se instalează cele 2 tingiri cu apă a 5 litri fie-care, acoperite cu capac (conţinând una apă fierbite, alta apă rece, permiţând a se face amestecul), irigatorul sterilizat, canula de sticlă fiartă conţinută într'un borcan sterilizat plin cu apă sterilizată, un flacon cu săpun lichid pentru tuşeu, o farfurie lungă în care se depun instrumentele necesare (1 foarfecă, 2 pense hemostatice, cari vor fi fiambate cu 5 minute înainte de a servi), flaconul conţinând firul pentru ligatură, pachetele de vată, stetoscopul, etc.

Alături de această masă, se află o alta sau un lavabo pe care stau 2 lighiane sterilizate anterior, precum şi 2 farfurii sterilizate conţinând fie-care câte o perie şi un săpun, separate pentru medic şi pentru moaşe.

In fine, pe o a 3-a masă se depune necesarul pentru a da primele ajutoare noului născut: o sondă pentru aspiraţia mucozităţilor din laringe, oţet aromatic pentru a ranima copilul, instilatorul şi colirul pentru ochi, baia, cântarul, îmbrăcămintea, etc.

d) Moaşa, care a luat o baie în ajunul facerei, va fi îmbrăcată cu rufe noi şi peste vestmintele sale cu o bluză nouă, cu mânecile sumese până d'asupra coatelor. **Ea va sta în permanenţă, în tot cursul travaliului, în camera parturientei,** spre a o supraveghia de aproape, a o încuraja şi a o convinge că fie-care contracţie îşi are utilitatea sa, în fine spre a-i da ajutor la toate necesităţile ei. Se va rezerva un fotoliu special pentru moaşe, aproape de patul femeei.

e) Medicul trebue să fi luat o bae în ajunul naşterei, să-şi fi săpunat mâinile şi braţele până la cot. El va fi îmbrăcat cu o bluză curată, nouă, cu mânecile sumese d'asupra coatelor. — *In cursul perioadei de ştergere a colului, mai ales la primipare, medicul nu e nevoit să stea lângă femeie* (afară numai dacă e vorba de un fet mic, sau de contracţii uterine frecuente şi puternice presimţind o naştere rapidă). Din contra, **în perioada de dilatare, medicul nu va părăsi parturienta,** *mai ales când dilataţia a atins deja dimensiunile unei piese de 5 lei, când e vorba de multipare, când contracţiile sunt rapide şi puternice, când în fine s'a rupt punga apei. Tot asemenea când partea fetală nu s'a angajat stând mobilă d'asupra strâmtoarei superioare.*

In adevăr, nimic nu e mai variabil ca mersul travaliului. Dacă în unele cazuri putem prevede ora când femeia va naşte, surprizele sunt adese frecuente. Une-ori travaliul pare lent şi de odată (în urma unei angajeri mai profunde, sau rupturei membranelor) durerile devin apropiate, puternice, şi facerea se termină rapid. Alte-ori travaliul merge rapid, dilataţia progresează şi după cât-va timp uterul se osteneşte, contracţiile se răresc, diminue şi naşterea se întârziază de mai multe ore.

In timpul travaliului, medicul nu va sta continu lângă femeie, ci într'o cameră alături, *fiind gata cu mâinile curate*, şi venind din timp în timp în camera parturientei spre a o supraveghia, a asculta fetul, a o reexamina dacă e nevoe.

f) Familia va fi pe cât se poate îndepărtată de la camera parturientei spre a nu o obosi cu impacienţa şi mai ales cu sfaturile sale nemedicale.

2. **Parturienta. Ingrijirile în cursul naşterei. Asepsia intrapartum.** — *a) Imbrăcămintea.* De îndată ce femeia intră în travaliu, este desbrăcată de rufele sale şi îmbrăcată cu o simplă cămaşe curată. Iarna va putea pune o giletcă de flanelă scurtă. E preferabil ca membrele inferioare să fie desvălite; iarna se pot permite ciorapi lungi sau jambiere de flanelă. Peste femeie se pune un simplu cearceaf curat, sau iarna o pătură nouă de lână sau de pichet, învelite cu un cearceaf curat.

b) Poziţiunea în pat. Ast-fel pregătită, femeia se urcă în patul preparat cum s'a zis mai sus. La începutul travaliului şi dacă membranele sunt intacte se poate permite a se scula din timp în timp şi a se preumbla prin cameră: în timpul contracţiilor putându-se propti pe o mobilă, de masă. Dar şederea în pat e preferabilă. **Când însă membranele sunt rupte femeia trebuie să stea în pat**: căci poziţiunea verticală favorizează scurgerea licidului amniotic ori-care ar fi gradul de angajare al părţei fetale. In pat (ori-care ar fi starea membranelor, rupte sau intacte) în tot timpul perioadei de stergere a colului, femeia va sta fie întinsă, fie şezând. *In cursul perioadei de dilatare ea va sta întinsă în poziţie horizontală de oare-ce în astă poziţie contracţiile sunt mai intense.* Numai excepţional, la unele femei, cu contracţii lente şi rare, (mari multipare, femei bătrâne, obeze, convalescente, anemice, etc.) preumblarea prin cameră facilitează mersul travaliului.

c) Evacuarea rectului şi a vesicei. De la începutul travaliului, se va da o bună clismă cea-ce are dublul avantaj de a permite descinderea mai rapidă a părţei fetale şi de-a evita eşirea materiilor fecale în cursul expulsiunei. Dacă o clismă n'a făcut efect suficient se poate da o a doua în cursul perioadei de dilataţie.

Se recomandă de asemenea femeei a urina. Dacă vesica n'a fost golită la finele perioadei de dilataţie se va face un cateterism. Se va întrebuinţa fie sonda în gomă a lui Nelaton, fie o sondă metalică. De multe ori suntem nevoiţi, a ridica cu degetul partea fetală pentru a putea introduce sonda în vesică. Nu se va uita că vesica, la femeile în travaliu, e ridicată şi uretrul are o direcţie aproape verticală: *se va dirija deci sonda vertical de jos în sus.*

d) Examenul. Spre a se evita ori-ce responsabilităţi, e bine ca mediul să interzică tuşeul genital la ori-ce altă persoană, chiar moaşei. De îndată ce femeia a intrat în travaliu, medicul e chemat de urgenţă şi procede la examenul obtetrical pentru a face un nou diagnostic. Prin palpeu şi auscultaţie studiază: *presentaţia, poziţia şi vitalitatea fetului;* prin tuşeu controlează: *gradul travaliului,* (starea orificiului uterin, a membranelor, angajarea părţei fetale) precum şi *basinul.* De asemenea el examinează starea generală a femeei: *cordul, urina, temperatura, pulsul, tegumentele,* etc., şi instalează *un traseu termic.*

e) Tuşeul în cursul travaliului normal nu va fi practicat **de cât o singură dată.** *Numai când bănuim o anomalie* (partea fetală neangajată, procidenţa cordonului) *vom repeta examenul.* După fie-ce explorare se va da o irigaţie vaginală aseptică cu 4 litri de apă sterilizată, căldicică, fără presiune, cu precauţiunile obicinuite. Se va aplica apoi la vulvă un pansament aseptic: o pătură de vată sterilizată menţinută cu o faşă în T.

f) Auscultaţia fetului. Atât moaşa, cât şi medicul vor ausculta fetul în timpul perioadei de dilatare, la fie-ce oră. Iar în timpul perioadei de expulsie din 5 în 5 minute.

g) Anestesie. In imensa majoritate de cazuri femeile nasc fără anestesie. Sunt totuşi circumstanţe în cari femei nervoase, indocile, foarte excitabile, au dureri subintrante, suferind enorm în cursul perioadei de dilataţie. La acestea este bine a li se face analgesia obstetricală în cursul perioadei de dilataţie şi chiar în timpul perioadei de expulsie. Analgesia va fi obţinută prin chloroformisarea intermitentă *„à la reine“*, parturienta făcând aspiraţiuni de 15—20 picături de chloroform în timpul durerilor şi contracţiunilor expulzatrice. In absenţa de chloroform se va recurge la etherizaţia intermitentă.

h) Ruptura artificială a membranelor. In cazurile riguros normale membranele se rup la dilatăţia complectă. De multe ori, când ele se rup precoce, se poate observa o retrocedare a travaliului (dureri rare şi slabe), vitalitatea fetului poate fi compromisă, iar oul deschis expus infecţiunei; de unde regula că **trebuie respectate membranele în cursul perioadei de dilataţie.** *Când dilataţia e complectă vom practica în tot-d'auna ruptura membranelor cu condiţia ca totul să fie normal* (nici viciaţiuni pelviane, nici procidenţa cordonului, nici disproporţie între partea fetală şi filiera pelviană). In adevăr, sub influenţa contracţiilor, partea fetală descinzând atrage cu ea membranele, cari la rândul lor se disociază, sau dacă sunt mai resistente pot trage placenta deslipind-o şi produc ast-fel moartea fetului.

Sunt totuşi cazuri rare, în cari suntem nevoiţi *a face ruptura artificială precoce a membranelor* în cursul perioadei de dilataţie: *a) pentru a accelera travaliul,* (când punga apei e continu întinsă chiar în intervalul contracţiilor şi dilataţia progresează puţin; când există o tensiune uterină permanentă datorită unui exces de lichid amniotic, etc.). Evacuându-se în parte uterul distins, acest organ îşi reia tonicitatea sa şi se contractă regulat; *b) Pentru a opri o hemoragie* (când e o inserţie vicioasă a placentei; când există o deslipire prematură a placentei normal inserată). Hemoragia nu va impune ruptura membranelor decât dacă scurgerea persistă după injecţiile vaginale fierbinţi, sau dacă ea apare la dilataţia aproape complectă.

Technica rupturei membranelor se reduce în a introduce 2 degete ale mânei stângi în vagin până în contact cu membranele;

cu mâna dreaptă se ia o foarfecă care se introduce paralel cu axul celor 2 degete stângi cari protege părţile materne. Se aşteaptă o contracţie care întinde punga apoi se perforează membranele.

3. **Naşterea propriu zisă. Conduita de ţinut în timpul expulziei fetului.** — Indată ce femeia intră în perioada de expulzie şi are scremete (adică asociază contracţiile muşchilor abdominali cu contracţiile uterine) e bine a se face un nou examen *spre a se asigura dacă în adevăr dilataţia e complectă;* căci sunt femei cari înainte de dilataţia complectă încep a avea scremete (capul fetal profund angajat apasă pe rect) şi aceste sforţări premature au dublul inconvenient a epuiza pe femeie şi a produce rupturi întinse pe orificul uterin. Acest nou tuşeu e încă util, căci se cunoaşte exact momentul când capul fetal nu mai e acoperit de segmentul inferior *şi începe a apăsa direct pe organele pelviane* (rect, vesică).

Rolul medicului devine important în cursul periodei de expulsie: sfaturile sale sunt utile pentru mamă şi prezenţa sa necesară pentru fet. De îndată ce capul fetului a eşit din uter şi intră în bazinul moale **trebue să se asculte fetul la fie-ce 5 minute** în intervalul contracţiilor. Dacă pentru un motiv oare-care (compresiunea cordonului, deslipirea parţială a placentei) circulaţia utero-placentară e turburată, *şi fetul sufere,* medicul va procede de urgenţă la o extracţie artificială (forceps). Suferinţa fetului se traduce printr'o modificare a bătăilor cordului, cari devin **neregulate, surde, accelerate** sau **rărite.**

Nu numai fetul poate suferi în perioada de expulzie, dar şi mama. *Dacă capul fetal stă în basin,* **fără a progresa,** *mai mult de 2 ore, devine periculos pentru părţile moi materne* comprimând vesica, rectul şi producând escare prin compresiune şi fistule consecutive. Medicul va recurge la o aplicaţie de forceps.

De îndată ce expulsia începe, medicul îşi va prepara asepsia mâinilor şi va complecta curăţenia organelor genitale externe printr'un nou savonaj. Femeia va fi pusă horizontal, aproape de marginea dreaptă a patului, cu capul în jos culcat pe o perină, iar basinul ridicat cu un cearceaf îndoit în 4 sau 6; membrele inferioare îndoite şi puţin depărtate, ast-fel ca călcâile să ia un punct de sprijin solid pe pat şi să fie apropiate de bazin.

Medicul va încuraja pe femeie, ca să profite de fie-care contracţie uterină, şi să se screamă bine cu gura închisă, împingând în jos ca şi cum ar voi să iasă afară. La fie-ce scremet, femeia va sta horizontal, luând cu ambele călcâie un sprijin solid pe pat, iar cu mâinile fixându-se de capătul sau marginile patului.

Cât timp partea fetală este încă în basinul osos, adică capul n'a depășit diametrul cocci-pubian ci *apare la vulvă intermitent în timpul unei contracții*, pentru a dispare în interval, medicul va sta pasiv. Rolul său nu devine real activ, de cât în momentul când coccixul a fost împins înapoi și capul fetal a eșit definitiv din bazinul osos, a distins perineul și s'a angajat în bazinul moale. Când marile sale circomferințe încep a distinde orificiul vulvar, când cu alte cuvinte *capul fetal apare permanent la vulvă*, chiar în intervalul contracțiilor, medicul intervine atunci: *a)* **pentru a proteja părțile moi,** *b)* **pentru a degaja capul fetal.** Pentru aceasta pe de o parte el **va reține capul fetal** pentru a modera eșirea sa prea bruscă și a împiedica ca presiunea exersată pe comisura posterioară să fie prea intensă și să determine rupturi perineale. Pe de altă parte, el **va dirija capul** în momentul eșirei sale. Servindu-se de ambele mâini *medicul împedică eșirea prea bruscă a părței fetale in timpul sforțărilor și îl enucleează când contracția uterină a încetat.* El înlocuește ast-fel o expulzie spontană bruscă printr'o degajare artificială lentă. O mână, cea superioară, pubiană, anglobează partea fetală accesibilă: pe de o parte ea *menține capul și gradează sforțările;* iar pe de alta *facilitează deflexiunea sa.* Mâna inferioară, perineală, în furcă, dublează comisura vulvară și prin intermediarul țesuturilor perineale, îmbrățișează în concavitatea sa, regiunea fronto-facială a capului fetal.. *Ea alunecă înapoi gutiera perineala, enucleează ast-fel capul, pe când degetul mânei pubiane degajează una după alta cele două bose parietale începând cu cea mai accesibilă.*

Când fontanela anterioară începe să apară la vulvă indică că marile circomferințe ale capului vor trece. Atunci se va face atenție și se va recomanda femeei de a *nu împinge, d'a deschide gura și de a respira larg*; și când contracția a dispărut, se recomandă femeei a împinge ușor, spre a putea enuclea capul cu moderație.

Când capul a eșit din organele genitale, e posibil să întâlnim *o circulară în jurul gâtului.* Dacă e laxă o vom trece peste cap, dacă e mai strânsă o vom aluneca dinainte peste umere, dacă e foarte strânsă o vom tăia cu foarfeca, cu sau fără pansarea celor două capete ale cordonului.

Degajarea umerilor trebue făcută ușor, cu metodă. Căci de multe ori ele produc rupturi perineale. Capul degajat în occipito-pubiană, va face o mişcare de rotaţie externă în urma căreia occipitul se va pune spontan în partea în care se afla spatele fetului. In acest timp *umerii se orientează, se angajează în bazinul moale.* Cu o mână pe occiput, iar cu ceal'alta pe faţă, medicul prinde capul *şi recomandând femeiei d'a se screme, trage puternic în jos şi înapoi* pentru a angaja umărul *anterior* care se degajează sub arcada pubiană. O săritură caracteristică, apreciabilă de mâinile operatorului, anunţă angajarea umărului anterior în basinul moale. De multe ori în acelaşi timp se degajează şi braţul anterior. Când umărul anterior a eşit din organele genitale, cu sau fără braţul corespondent, se procede la degajarea umărului *posterior,* **ridicându-se puternic capul în sus.** Când ambele membre superioare au fost degajate se termină facil extracţia trunchiului, continuând a trage în sus capul fetal.

Indată ce noul nascut a fost scos din organele genitale, medicul se grăbeşte a-i da primele ajutoare. Se pune mai întâi un şervet curat şi cald între coapsele mamei, pe care copilul este culcat pe spinare, ast-fel ca cordonul să nu fie comprimat şi nici să tragă asupra placentei. Se procede la *asepsia ochilor, la ligatura cordonului,* se dă *baia* şi se *îmbracă.*

4. **Extracţia placentei.** — Prima parte a naşterei, expulsia fetului, fiind terminată, se procede la extracţia placentei. *De multe ori această perioadă a naşterei e fertilă în incidente şi necesită din partea medicului cunoştinţe serioase şi sânge rece.* Numai excepţional placenta e expulzată spontanat în afară. De ordinar, în cazurile naturale, medicul trebuie să intervie pentru a face extracţia placentei şi a membranelor. Cel mai bun procedeu de delivranţă în obstetrica aseptică e acela care dispensează de ori-ce explorare a organelor genitale, de introducerea mâinei în vagin, întrebuinţat de veneratul meu şef Champetier de Ribes. Imediat după naştere, o mână fricţionează puţin fundul uterului spre a deştepta contracţiuni. Se aşteaptă 20—30 minute *ca placenta să se deslipească de păreţii corpului uterin şi să fie expulsată în segmentul inferior,* cea ce se recunoaşte prin *mişcarea ascensională a uterului,* al cărui fund se ridică cu 3—5 centim. mai sus. In acelaş timp mâna recunoaşte prin palpeul abdominal că extremitatea inferioară a corpului uterin este la 4—5 degete d'asupra simfizei pubiane, şi că tot acest spaţiu e ocupat de o masă moale, regulată, reprezintată

de placenta căzută în segmentul inferior. Această constatare ne anunță că putem începe manopera de extracție. Cu mâinile pe abdomen se ridică fața anterioară a corpului uterin, spre a corija anteflexiunea care s'a produs și a pune axul corpului uterin în acela al vaginului. Cu corpul uterin în mână se împinge ca cu un piston în spre cavitatea pelviană. Placenta e ast-fel gonită din segmentul inferior și apare la vulvă. Și când partea cea mai voluminoasă a eșit afară din vulvă se încetează presiunea. Se insinuează atunci mâinile d'asupra simfisei pubiane și se atrage lent și progresif uterul în sus *in intervalul contracțiunilor*. Placenta oprită de vulvă nu poate urma această mișcare de ridicare, și membranele atrase de greutatea sa se deslipesc progresif și apar în totalitate la vulvă.

Nașterea fetului și a anexelor terminată, se procede la asepsia și pansamentul post-partum.

5. **Asepsia post-partum.** — Când placenta a fost extrasă, medicul trebue să proceadă la pansamentul organelor genitale. După asepsia mâinilor, cu apă, săpun și vată sterilizată, se face o toaletă completă a regiunei genitale, precum și a feței interne a coapselor și regiunei pubiane. Se dă apoi o injecție vaginală aseptică cu 4 litri de apă sterilizată, caldă (40°) și se insistă până ce s'a debarasat vaginul de tot sângele și mucozitățile ce conținea. Se aplică apoi la vulvă o pătură groasă de vată sterilizată, menținută cu o bandă în T. Acest pansament extern are ca scop de a pune organele genitale la adăpostul germenilor exteriori, și a preserva vulva de contactul rufelor incomplect aseptice. Se procede apoi la premenirea patului parturientei, întinzându-se cearceafuri curate și schimbându-se cămașa.

Cât despre injecțiile intra-uterine după facere, ele nu trebuesc practicate decât în nașterile complicate, ca mijloc hemostatic sau ca desinfectant profilactic (ou deschis, fet mort, intervenții intra-uterine, etc).

In zilele după naștere, medicul sau moașa vor face femeei toaleta regulată a organelor genitale. In primele 5 zile se va face 4 toalete pe zi la organele genitale externe (orele 8 dim., 11 dim., 2 p. m., 5 p. m.). Dacă lochiile sunt abundente se va face a 5-a toaletă externă la orele 8 seara. După fie-ce micțiune sau defecațiune se va face o loțiune suplimentară. Cu începere din a 6-a până a 12-a zi se vor face numai 3 loțiuni (orele : 8 dim., 12, 5 seara).

In principiu **în primele 10-12 zile nu se vor face injecțiuni vaginale,** afară dacă există indicații stabilite de medic (lochii fetide, escare genitale, infecție, etc.). După a 10-a, 12-a zi se vor face 2 loţiuni pe zi (dim. şi seara) urmate de 2 irigaţiuni vaginale. Când leuza se scoală din pat (a 20-a zi în general) se va face 2 loţiuni externe pe zi şi o singură irigaţie vaginală (seara înainte de culcare).

Toaleta organelor genitale se va face cu cele mai minuţioase măsuri de asepsie. Moaşa îmbrăcată în bluză curată, cu mânecile sumese îşi va spăla mai întâi mâinile cu peria şi săpun în timp de cel puţin 5 minute. Apoi leuza fiind culcată cu un vas sub şezut, cu ajutorul unui mic pachet de vată sterilizată, cu săpun şi un litru de apă fiartă simplă se spală regiunea vulvară, perineul, şi faţa internă a coapselor. Cu $^1/_2$ litru de apă într'un irigator se clăteşte orificiul vulvar întredeschis. Un pansament somar, consistând dintr'o foaie de vată hidrofilă, acopere regiunea genitală în intervalul loţiunilor.

Pentru injecţiile vaginale, totul fiind preparat ca mai sus, şi după ce s'a făcut toaleta exterioară, într'un irigator se va vărsa 2 litri de apă fiartă. Canula se va introduce de 5—6 centim. Irigatorul va fi ţinut la 0,30—0,50 centim. d'asupra patului. Temperatura apei va fi de 40 (Celsius). Numai când lochiile vor fi fetide se va recurge la un desodorizant ca: chloralul (5 la 1000) permangantul de potasă (1 la 4000), apa oxigenată (diluată) etc., pentru irigaţiunile vaginale.

Precum o vedem, în rezumat, măsurile aseptice pe care trebue să le luăm la o femeie în cursul puerperalităţei se confundă cu acele luate la operate. Ori de câte-ori avem o plagă operatorie sau puerperală (suprafaţa uterină, fisurile şi rupturile vulvo-vaginale), toată arta noastră se reduce *în a preserva pe bolnavă de ori-ce accident septic.* Pentru a realiza asepsia trebue ca cel ce practică obstetrica să cunoască complect, ca şi chirurgul, toate regulele desinfectărei, luând o mulţime de precauţiuni minuţioase, sterilizând prin diverse procedee tot ce se poate pune în contact mai mult sau mai puţin intim cu organele genitale ale parturientei: mâinile, instrumentele, materialul de pansamente, rufăria, localul, etc. Dar nu trebue uitat că şi organele sexuale să fie obiectul unei asepsii pe cât se poate de complectă. Numai prin această asepsie profilactică ante-partum, intra-partum, post-partum, vom pune pe leuze departe de ori-ce complicaţii septice, şi vom reuşi a realiza o obstetrică ideală reducând la *zero* atât mortalitatea cât şi morbiditatea prin infecţie obstetricală.

CERCETĂRI ORIGINALE

C. PARHON et G. DUMITRESCO

Nouvelles recherches sur la teneur en calcium du sang et des centres nerveux dans la tetanie experimentale à la suite de la thyroparathyroïdectomie

Comunication au XIX Congrès des alienistes et neurologistes français et des pays de langue française. Nantes. Août 1909.

Les recherches de Sabbatani (1) sur l'action sédative de l'ion calcique suivies par les travaux de Roncoroni (2) Regoli (3) ont fait naitre l'idée d'une relation entre certaines phènomènes convulsifs et l'insuffisance du système nerveux au point de vue de sa teneur en calcium. Silvestri (4) a sontenu recemment cette opinion qui est corroborée d'autre part par un nombre de faits qu'on ne peut pas ignorer désormais.

C'est ainsi que Oddo et Sarles ont trouvé une quantité trop grande de phosphate de calcium dans l'urine d'un enfant atteint de tétanie et Robert Quest analysant le cerveau de trois enfants ayant succombés à la suite de la même maladie a trouvé une teneur absolue et relative très faible en calcium. Netter (5) en employant dans trois cas de tétanie le chlorure de calcium obtient dans tous les trois la guérison. Cet autuer est d'avis que la soit disant cure de décloruration agit réelement en diminuant l'apport du sodium élement antagoniste du calcium. L'un de nous avec Urechie (6) dans des recherches communiquées au Congrès de Genève — Lausanne que Mr. Netter (7) a eu l'amabilité de rappeler à la Société de Biologie ainsi que dans une note ultérieure presentée à cette même Société (réunion biologique de Bucarest) (8) trouva que le chlorure de calcium exerce une sédation evidente sur les phénomènes convulsifs qui suivent l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien prolongeant même à une certaine dose journalière la durée de survie de ces animaux. La même action calmante fut constatée par Mac Callum et Voegtelin (9) et tout récement encore par Frouin (10) qui soutient avoir obtenu une prolongation très notable de la survie des chiens thyro-parathyroïdectomisés par l'administration de sels de calcium et de magnesium.

Mac Callum et Voegtelin trouverent que les chiens ayant subi l'opération citée perdent une quantité exagerée de calcium par l'urine et les féces et que d'autre part le sang et les centres nerveux de ces mêmes animaux sont beaucoup moins riches en calcium que ceux des témoins.

Enfin plusieurs faits concernant la question de l'épilepsie parlent également pour cette relation entre l'apauvrissement calcique et les états convulsifs.

C'est ainsi que Kauffman (11) de même que Nissipesco (12) trouverent l'élimination du calcium exagerée dans l'épilepsie. Besta dans cette même affection trouva la coagulabilité du sang diminuée et l'un de nous avec Urechie pensa que l'influence aggravante exercée par la fonction menstruelle sur les attaques d'épilepsie pourrait bien reconnaitre la même apauvrissement de l'organisme en calcium car la menstruation est due à la sécretion ovarienne qui exerce une action stimulante sur l'elimination du calcium.

Nous dirons encore ici que Dhéreé et Grimmé (13) (de Fribourg) mentionnent entre autres analyses celle du cerveau d'un chien épileptique dont un des hémisphères cérébraux était très pauvre et l'autre très riche en calcium.

Conduits par plusieurs des faits et opinions ci dessus citées nous avons entrepris avec M. Nissipesco (14) il y a quelques mois des recherches sur la teneur en calcium de l'encéphale des chats et des chiens thyroparathyroïdectomisés.

Nous ne connaissions en ce moment les recherches de Mac Callum, tout récentes d'ailleurs, que par une courte analyse parue dans la *Revue Neurologique* (15) où il est dit que cet auteur est d'avis que les parathyroïdes ont pour fonction de régler le métabolisme du calcium des centres nerveux.

Nos recherches dans lesquelles nous avons calculé le contenu en calcicum de l'encéphale non seché ne nous ont pas permis de confirmer les vues de Silvestri et Mac Callum.

Notre communication était déjà sous presse quand notre bon ami el confrerè Elie Jelliffe (de New-York) voulut bien nous envoyer le travail très interessant de Mac Callum et Voegtelin. Nous y trouvâmes les faits plus haut mentionnés.

Ces auteurs rapportaient leurs résultats aux centres nerveux séchés.

Pensant que la divergeance de nos résultats pouvait tenir au fait que nous avons rapporté nos chifres à l'encéphale non seché il nous a semblé utile de reprendre nos expériences en procédant cette fois de la même manière que le Professeur de Baltimore. Comme eux nous avons dosé aussi le calcium du sang des animaux qui n'ont pas succombé spontanément.

Nos expériences ont porté sur des chiens et des chats aux quels nous avons extirpé l'appareil thyro-parathyroïdien et nous avons dosé le calcium du sang et des centres nerveux sechés. Nous avons fait des dosages paralèles chez des animaux des mêmes espèces, normaux ou ayant subi d'autres expériences ou traitements.

Comme les animaux ayant subi l'ablation du susdit appareil ne se nourissent que très peu ou presque pas nous avons faits des dosages du sang et des centres nerveux aussi chez un animal en état d'inanition complète sacrifié après 12 jours.

Enfin comme Leopold Lévi et H. de Rothschild (16) ont pensé que l'apathie des myxœdémateux peut tenir à la concentration des ions calciques, deus leurs centres nerveux il nous a semblé, utile d'étudier cette teneur en calcium chez un lapin éthyroïdé ainsi que chez un lapin temoin nous reservant le droit de continuer ces recherches et de faire des dosages analogues chez des animaux hyperthyroïdisés, hyperparathyroïdisés etc., etc.

Les tableaux ci joints donnent les résultats de nos recherches.

A. Experiences sur des chiens

I. Grand chienne adulte (No. 3) thiroporathyroïdectomie.

Sang	0,0036 Ca O °/₀	gr.
Cerveau	0,0264 Ca O °/₀	„
Bulbe protubérance et pédoncule . .	0,0349 Ca O °/₀	„
Cervelet	0,3457 Ca O °/₀	„

L'animal a été sacrifié 11 jours après l'opération. C'était une chienne gravide.

Grand chien adulte normal (No. 4).

Sang	0,007504 Ca O °/₀	gr.
Cerveau	0.0975 Ca O °/₀	„
Bulbe	0,1612 Ca O °/₀	„
Cervelet	0,4257 Ca O °/₀	„ de substance sechée.

Dans ces deux cas la mœlle n'a pas été examinée.

II. Chien adulte de taille moyenne thyroparathyroïdectomisé. Succomba cinq jours après l'opération. (No. 5).

Cerveau	0,0302 Ca O °/₀	(de substance sechée)
Bulbe etc.	0,0429 Ca O °/₀	„ „
Cervelet	0,0468 Ca O °/₀	„ „
Moelle	0,0290 Ca O °/₀	„ „

Chien adulte normal de taille moyenne (No. 12)

Sang	0,0088 Ca O °/₀	gr.
Cerveau	0,0353 Ca O °/₀	„
Bulbe etc.	0,0473 Ca O °/₀	„
Cervelet	0,0702 Ca O °/₀	„
Mœlle	0,0184 Ca O °/₀	„

III. Chien adulte de taille moyenne, thypoparathyroïdectomisé succombe six jours après l'opération. (No. 6).

Cerveau	0,0172 Ca O °/₀	„
Bulbe	0,0252 Ca O °/₀	„
Cervelet	0,0544 Ca O °/₀	„
Mœlle	0,0196 Ca O °/₀	„

Chien adulte normale de taille moyenne (No. 13)

Sang	0,0030 Ca O °/₀	„
Cerveau	0,0404 Ca O °/₀	„
Bulbe, etc.	0,0316 Ca O °/₀	„
Cervelet	0,0586 Ca O °/₀	„
Moelle	0,0360 Ca O °/₀	„

IV. Chien adulte (poudel) sommis à l'inanition complète. Sacrifié après 12 jours.

Sang	0,0087 Ca O °/₀	gr.
Cerveau	0,0235 Ca O °/₀	de substance sèche
Bulbe	0,0282 Ca O °/₀	„ „
Cervelet	0,0340 Ca O °/₀	„ „
Mœlle	0,0174 Ca O °/₀	„ „

B. Experiences sur des chats

Animaux thyroparathyroidectomisés

I. Chat adulte (mâle). Sacrifié 5 jours après l'opération. L'animal présentait des phénomènes convulsifs très manifestes. (No. 8).

Sang	0,0021 Ca O °/₀ gr.
Cerveau	0,0399 Ca O °/₀ „
Bulbe etc	0,1194 Ca O °/₀ „
Cervelet	0,0848 Ca O °/₀ „
Mœlle	0,0363 Ca O °/₀ „

(No. 7) Chat agé de moins d'un an.

Sang	0,00462 Ca O °/₀ gr.
Cerveau	0,0449 Ca O °/° gr. de substance sechée
Bulbe, Protubérance et Pédoncule	70,0736
Cervelet	0,0790
Mœlle	0,0814

L'animal a été sacrifié trois jours après l'opération.

Animaux normaux ou ayant subi d'autres expériences

Chat adulte (femelle) normale ayant souffert de gale recement.

Sang	0,0076 Ca O °/₀ gr.
Cerveau	0,0277 Ca O °/₀ „
Bulbe etc.	0,0730 Ca O °/₀ „
Cevelet	0,0447 Ca O °/₀ „
Mœlle	0,0270 Ca O °/₀ „

L'animal a eu plusieurs grossesses et avait cessé depuis peu de temps l'allaitement. (No. 11).

(No. 2) Chat agé de moins d'un an ayant subi depuis quelques mois la castration unilatérale.

Sang	0,0095 Ca O °/₀ cmc.
Cerveau	0,0969 Ca O °/₀ de substance sechée
Bulbe etc.	0,0736
Cervelet	0,2191
Mœlle	0,0697

III. (No. 1) Chat adulte. Double castration testiculaire depuis 37 jours.

Sang	0,0096 Ca O °/o cmc.
Cerveau	0,0461 Ca O °/o de substance sechée
Bulbe etc . .	0,0416 Ca O °/o etc.
Cervelet . . .	0,1732 Ca O °/o etc.
Mœlle	0,0450 Ca O °/o

IV. Chat adulte. Mâle. Traité par un extrait d'hypophyse. pendant à peu près deux mois. (No. 9).

Sang	0,0063 Ca O °/o gr. de sang seché
Cerveau . . .	0,0222 Ca O °/o „ de subst. sechée
Bulbe etc. . .	0,0614 Ca O °/o etc.
Cervelet . . .	0,0419 Ca O °/o „
Mœlle	0,0295 Ca O °/o „

Experience sur le lapin

I. Jeune lapin éthyroïdé. Sacrifié 24 jours après l'opération. (No. 15).

Sang	0,0037 Ca O°/o gr.
Centres nerveux	0,0350 °/o

Jeune lapin normal (temoin No. 14)

Sang	0.0028 °/o gr.
Centres nerveux	0,0311 °/o gr.

1. Si l'on examine les résultats de ces tableaux on constate que chez les trois chiens dont nous avons enlevé l'appareil thyroparathyroïdien la teneur des centres nerveux en calcium est diminuée et les différences peuvent être très apréciables comme chez les animaux (témoin et opéré) de l'expérience I-ère. Ce n'est que pour la mœlle de l'animal opéré de l'expérience II que la teneur en calcium est un peu plus forte que celle de la mœlle du temoin. Nous rappelerons ici que chez le chien opéré de nos expériences antérieures où nous avons dosé le calcium par rapport au cerveau non seché il y avait également moins de calcium dans les centres nerveux que chez le témoin.

En ce qui concerne le sang que nous avons dosé chez les animaux sacrifiés chiens ou chats on constate également une diminution très importante chez les animaux opérés par rapport aux témoins.

Donc jusqu'ici nos nouveaux résultats concordent assez bien avec ceux obtenus par Mac Callum et Vogtelin.

2. Mais si nous revenons à nos expériences sur des chats on constate que les différents parties des centres nerveux de l'animal opéré de l'experience I-ère sont plus riches en calcium — el les différences sont assez marquées — que les parties correspondantes du témoin.

Dans l'expérience II-ièmme où le témoin était un animal qui avait subi la castration unilatérale depuis plusieurs mois on constate que le cerveau et le cervelet de ce dernier sont plus riches en calcium que ceux de l'animal thyroparathyroïdectomisé et les différences sont assez apréciables. Par contre pour le bulbe (avec la protubérance et les pédoncules) les chiffres sont les mêmes tandis que la mœlle de ce dernier animal contient un peu plus de calcium que celle du témoin (animal castré).

Rappelons ici que dans nos expériences antérieures où nous avons dosé le calcium de l'encéphale non seché les différences furent (chez le chat) trois fois sur 4 dans l'avantage des animaux opérés.

Il y a donc des divergeances assez importantes entre les résultats que nous avons obtenus chez les chats et ceux obtenus par Mac Callum et Voegtelin chez les chiens. (Cest auteurs n'ont opéré que sur des chiens).

Il est vrai que nous n'avons qu'une seule experience (expérience I-ère) où nous pouvons comparer les chiffres obtenus par le dosage des centres nerveux sechés de l'animal opéré avec celles d'un animal n'ayant pas subi aucune opération et nous reconnaissons volontiers l'utilité des nouvelles expériences.

On peut également supposer que la grossesse, l'allaitement et peut-être la gale avaient appauvri l'organisme du témoin en calcium. On peut encore penser que l'animal opéré avait plus de calcium avant l'intervention qu'au moment où il a été sacrifié.

Il n'en est pas moins vrai que ce dernier presentait des phénomènes convulsifs très nets au moment où il fut sacrifié *bien qu'il avait plus de calcium dans ses centres nerveux que le témoin.*

Les chiffres des deux chats thyroparathyroïdectomisés (nous parlons des centres nerveux) sont egalement plus fortes que ceux trouvées pour un chat traité pendant à peu près deux mois par une macération glicerinée d'hypophyse bien que ce dernier animal n'a pas eu lui non plus des phénomènes convulsifs.

Enfin les ciffres trouvées pour les diftérentes portions des centres nerveux du chien en inanition sont plus petites que celles des trois témoins et même de deux des animaux opérés. Pourtant l'animal en état d'inanition n'avait pas présenté des phénomènes convulsifs.

Donc tout en reconnaissant l'utilité de nouvelles expériences nous pensons qu'il decoule de nos recherches même à present que s'il *est vrai que le calcium possède nne action sédative et que s'il est bien possible et même probable que sa diminution dans les centres nerveux entraine une plus grande excitabilité de ces derniers il n'en est pas moins vrai que cette diminution ne suffit pas à elle seule pour déterminer l'aparition des phénomènes convulsifs*: Mac Callum et Voegtelin ne voient d'ailleurs pas eux non plus dans la diminution du calcium des centres nerveux qu'un facteur qui augmente l'excitabilité des centres nerveux. Ils trouvent en outre dans le Sang et l'urine l'augmentation des composés amoniacaux qui jouissent ainsi qu'on le sait des propriétés convulsivantes.

Nous considerons également comme prouvé par nos expériences le fait que les centres nerveux d'un animal en état de tétanie expérimentale puissent contenir plus de calcium que ceux d'un animal ne présentant pas de traces de phénomènes convulsifs.

3. Une question importante qui se pose maintenant est celle de savoir si la diminution du calcium chez les animaux thyroparathyroïdectomisés tient-elle bien à une action spécifique de l'insuffisance parathyroïdienne et si d'autres facteurs n'interviennent pas.

Sans chercher pour le moment de résoudre ce problème nous nous contenterons de remarquer la faible teneur en calcium des centres nerveux de notre chien en inanition.

Comme d'autres part les animaux ayant subi l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien ne se nourrisent d'habitude que très peu ou presque pas on comprend que jusqu'à des nouvelles preuves on ne peut pas affirmer l'intervention *spécifique* des glandes parathyroïdes et qu'en tout cas il y a lieu de tenir compte d'autres facteurs surtout de l'inanition.

Nous pourtant qu'en ce qui concerne le sang l'animal en inanition possédait beaucoup plus de calcium que l'animal opéré et même plus que deux des témoins.

Il semble donc qu'au moins pour le calcium du sang on doit admettre l'action glandulaire.

Cette action peut bien exister aussi pour les centres nerveux, et le fait nous semble même probable, mais elle doit être prouvé par des recherches plus nombreuses et plus variées.

Remarquons ici la faible teneur en calcium des centres nerveux chez nostre animal traité par l'hypophyse.

⁂

Quand on étudie l'influence sur l'état chimique, anatomique et fonctionel des différents organes, de l'ablation de l'appareil thyro-parathyroïdiés ona à faire avec une double insuffisance glandulaire.

On doit donc faire la part des parathyroïdes et celle du corps thyroïde. Pour cella l'idéal serait de détruir complètement la thyroïde ou les parathyroïdes en laissant suivant le premier ou le dernier cas intactes les dernières ou la première glande.

Un bon sérum cytotoxique serait très utile à ce point de vue.

Pour le moment nous avons cherché à voir l'influence de l'ablation des lobes thyroïdiens chez le lapin ce qui produit une insuffisance thyroïdienne complète et une insuffisance parathyroïdienne partielle qui semble compensée par les parathyroïdes externes laissées en place.

On sait que le corps thyroïde exerce une influence certaine sur le métabolisme calcique et nous avons cité l'opinion de Lévi et Rothschild sur le mécanisme de l'apathie dans le myxœdème par la concentration des ions calciques dans les centres nerveux.

En nous rapportant à notre unique expérience chez le lapin nous trouvons que le sang et les centres nerveux du lapin éthyroïdé sont plus riches en calcium que ceux du témoin bien que la différence ne soit pas très grande.

Cette expérience devra être répétée et les animaux laissés vivre plus longtemps.

Elle concorde avec l'opinion de Lévi et Rothschild par la plus grande richesse en calcium de centres nerveux de l'animal en insuffisance thyroïdienne. Mais cella ne veut pas dire que cette plus grande abondance suffit à elle seule pour expliquer l'apathie des myxœdémateux.

Nous voulons dire par cela que si ce facteur pourrait avoir sa part il est bien probable que d'autres facteurs peut-être plus importants encore interviennent également.

BIBLIOGRAPHIE

(1) **Sabbatani.** Importanza del Calcio che trovasi nella cortecia cerebrale. *Rivista spermentale di freniatria*, 1901. Calcio negli epilettici. *Arch. di psichiatria.* 1903.

(2) **Roncoroni.** Aumento dell'eccitabilita corticali e fenomeni di epilessia provocati da reativi decalcificanti. *Arch. di psichiatria.* 1903. Alcune esperienze intorno all'azione del calcio sulla cortecia cerebrale. *Rivista sperimentale di freniatria.* 1902.

(3) **Regoli** cité par **Netter.**

(4) **Silvestri.** *Gazeta degli ospedali.* 12 Août, 1906.

(5) **Netter.** Importance biologique du calcium. Notions récentes. Leurs applications thérapeutiques. (Extrait des *Bull. de la Soc. de Pédiatrie.* 18 Oct. 1905, de la *S. med. des hopitaux*, 24 Nov. 1905, 8 Mars 1907, des *C. R. de la S. de Biologie*, 10 Fevr. 1905, 2, 9, 16 Mars; 12, 19 Avril 1907.

(6) **Parhon** et **Urechie.** Recherches sur l'influence exercée par les sels de calcium et de sodium sur l'évolution de la tétanie expérimentale. *C. R. du XVII-me Congres de médecins alienistes et Neurologistes de France* etc. Genève. Lansanne, 17 Août 1907.

(7) **Netter.** Sels de calcium dans l'eczéma. Leur mode d'action. Efficacité des sels de calcium dans la tétanie exper. *C. R. Soc. de Biol.* No. 33, 1907.

(8) **Parhon** et **Urechie.** Note sur l'influence exercée par le chlorure de calcium et l'iodure de sodium sur les phénomènes convulsifs consécutifs à la thyro-parathyroïdectomie etc. *C. R. de la Soc. de Biologie*, p. 622. (I-er temestre) 1908.

(9) **Mac Callum** and **Voegtlin.** On the relation of tetany tothe parathyroïd glands aud te calcium metabolisme. *Journal of exp. Med.* Vol. XI, No. 1, 1909.

(10) **Frouin.** *Ac. de Sciences.* Juin, 1909.

(11) **Kauffmann.** Beiträge zur Path. des Stoffwechsels bei Psychosen. „Die Epilepsie“. Yena. 1908.

(12) **Nissipesco.** Contr. la studiul patogeniei epilepsiei. *Thèse de Bucarest.* 1908.

(13) **Grimmé.** Sur le dosage du calcium en Physiologie. Friburg 1906.

(14) **Parhon, Dumitresco** et **Nissipesco.** Recherches sur la teneur en calcium des centres nerveux des animaux thyro-parathyroïdectomisés. *C. R. des la Soc. de Biologie.* 1909, p. 792.

(15) *Revue Neurologique.* 1908.

(16) **Lévi** et **Rothschild.** Etudes sur la physiopathologie du corps thyroïd et de l'hypophyse.

MEDICINĂ PRACTICĂ

Dr. BORDEA
Medic primar al județului Vaslui

Sifilisul la sate şi tratamentul lui

Sifilisul a fost obiectul de studiu și de discuție al savanților în ultimele decenii. Proporțiile ce le-a luat această boală sunt mult mai îngrijitoare, ca proporțiile ce le i-au în anumite împrejurări cele mai primejdioase epidemii. Primejdia invadărei sifilisului în satele noastre este atât de mare și de îngrijitoare pentru viitorul populației rurale în cât măsuri severe pentru obligativitatea unui tratament serios, ar fi trebuit de mult luate și de sigur, că efectele lor ar fi fost dintre cele mai salutare.

De și tratamenful sifilisului este cunoscut, cu o organizație sanitară destul de primitivă ar fi fost foarte greu, dacă nu imposibil ca să se ducă o campanie serioasă în întreaga țară contra sifilisului. Ne-a lipsit, și sunt convins, că ne lipsește și acum statistica exactă a tuturor bolnavilor atinși de sifilis din întreaga țară. Incontestabil că dacă numărul bolnavilor nu este cunoscut, îngrijorarea nu poate fi prea mare și tratamentul să neglijază.

Primejdios pentru individ prin manifestațiunile destul de tardive și grave ce i le determină și îl scoate de multe ori afară din rândul oamenilor, primejdios pentru societate prin contaminarea celor sănătoși, primejdios pentru copii, cari se nasc din părinți sifilitici, sifilisul este o adevărată plagă pentru societate.

Este în firea omului de a se considera bolnav atunci când are manifestațiuni dureroase și de a solicita ajutorul medical când boala este destul de înaintată Manifestațiunele dureroase sau numai jicnitoare odată dispărute, iar este firesc fiinţei omeneşti, de a se neglija şi de a amâna zi cu zi tratamentul, pentru prevenirea isbucnirei boalei în viitor.

Oameni luminaţi, medici chiar, au căzut victimele sifilisului, din cauza lipsei unui tratament bine condus. Şi când aceste fapte se petrece în lumea celor luminaţi, uşor ne putem închipui ce se petrece în întunericul satelor noastre. Ce muncă colosală trebue desfăşurată la sate, în primul loc pentru a convinge pe bolnavi de primejdiile, ce îi ameninţă în viitor, în al doilea pentru a-i învăţa cum să se ferească de ai lui, pentru a nu-i contamina, în al treilea, pentru a-i îndupleca să urmeze tratamentul şi a se îngriji şi din punct de vedere igienic.

Dar greutăţile sunt şi mai mari, căci unii sunt îndărătnici, alţii, şi în special fetele şi femeele, se jenează să se arăte medicului, iar alţii, după ce nu mai au manifestaţiuni, să consideră ca vindecaţi.

Iată de ce cred, că un control serios asupra sifiliticilor se impune, iar obligaţiunea celor atinşi de sifilis, de a urma tratamentul indicat de medic, este imperioasă, aplicânduli-se amendă celor neascultători.

Poate, ca chestie de oratorie declamatorie, se va susţinea de unii, că acest sistem ar fi un abuz faţă de libertatea individuală. Chiar dacă ar fi un abuz, eu a-şi răspunde, ca să-mi fie permis a face chiar abuz, atunci când apăr de primejdie nu numai pe individul inconştient sau recalcitrant, dar apăr societatea întreagă şi pe urmaşi.

S'au făcut, se fac, şi se vor face încă atâtea abuzuri în folosul celor pentru cari se fac, nu poate fi de cât salutar.

Modul de propagaţiune al sifilisului la sate este variat. Este cert, că armata nu cu puţin a contribuit, la răspândirea sifilisului la ţară. Soldaţii atinşi de sifilis, în perioada primară sau secundară, erau şi sunt lăsaţi să se întoarcă la vetrele lor şi în mod inconştient contaminau pe alţii fie direct, fie indirect. Dar oraşele noastre, aceste oraşe, care în majoritatea cazurilor nu se pot mândri de cât cu organizaţie de politică mercantilă pe lângă alte otrăvuri, mult sifilis a trimis satelor.

Când fetele de sătean au început a veni la oraşe ca servitoare, şi bărbaţii ca servitori, în timpul ernei mai ales, nu puţine sau puţini s'au întors acasă atinşi de sifilis, sifilis dat de boeru cutare, de agentul de poliţie X. etc. Şi au răspândit boala printre ai lor.

Este ceva îngrijitor în starea sufletului ţărancelor noastre: atrofierea simţului de demnitate şi de castitate. S'a produs desigur o schimbare, o perturbare în aceste simţuri atât de desvoltate odinioară.

Nevoile timpurilor şi în special depedinţa economică sunt cauzele determinante ale acestei stări. La discreţia arendaşilor. vichililor, aşa zişilor feciori boereşti şi a altora noi veniţi prin sate, ţăranii au fost siliţi, ca numai prin supunere oarbă şi necondiţionată, să obţină câte-ceva, chiar din drepturile lor. Cunosc cazuri, unde cu ştirea părinţilor, fata s'a dat arendaşului evreu, pentru a scăpa de samavolniciile lui. Şi faptul este explicabil, când ştiut este, că în multe părţi şi n-aşi exagera, dacă a-şi spune, că în cele mai multe Primarii nu se alegeau, de cât cu învoirea arendaşului.

In ast-fel de condiţiuni mie mi se pare natural, ca aceste sentimente să se fi atrofiat, şi faptul, că fetele de ţăran cad în faţa primului venit, este explicabil.

In diferite sate s'au creeat diferite instituţii şi personalul acelor instituţii era aşa de puţin controlat din punct de vedere sanitar, în cât şi-a dat şi el obolul lui, la răspândirea sifilisului la sate.

Să vorbeşte şi acum în comuna Dobrovăţ despre pătrunderea acestei boale în sat de pe timpul când era penetenciarul în comună. Ca medic de plasă nu puţine cazuri de sifilis învechit, am constatat în Dobrovăţ de pe timpul penetenciarului.

A fost de ajuns, ca sifilisul să pătrundă la sate, pentru ca răspândirea lui să se propage cu o repeziciune uimitoare, fie pe cale directă, fie pe cale indirectă.

Pentru ca să-mi pot da seama de răspândlrea sifilisului pe cale indirectă cu personal şi cu ajutorul colegilor mei am făcut cercetări şi am constatat, că răspândirea sifilisului în mod indirect, este destul de frecuentă la ţară. Faptul este explicabil: Sătenii noştri nu-şi dau samă de primejdia acestei boale, ei nu ştiu, că este molipsitoare, că cel bolnav trebue să ferească pe cei-lalţi de contagiune, iar cei sănătoşi să se fereescă de cel bolnav. Este în obiceiul lor, ca să bea apă din aceeaşi căniţă, ca să mănânce din aceeaşi strachină şi în aglomeraţie la cârciumă să se bea rachiul sau vinul din acelaş pahar. Impărtăşania de sigur, că-şi dă tributul său, în răspândirea pe cale indirectă a sifilisului. Cu aceeaşi linguriţă nedesinfectată, se trece sângele Domnului nostru Isus Christos din gură în gură drept credincioşilor, cari vin în masă de două ori pe an ca să-şi îndeplinească această datorie creştinească. Nu ştiu cum se explică faptul, dar constat, un antagonism vădit între principiile de igienă şi cleru nostru de la sate. Printr'o adresă documentată am intervenit pe lângă părintele Protoereu, arătându-i primejdiile acestui sistem; prin intermediul colegilor mei, am făcut apel la preoţi, ca să dezinfecteze linguriţa, după ce împărtăşeşte pe fie-care individ, şi totul a fost zadarnic.

Mi s'a răspuns chiar de către unii, că dezinfectarea linguriţei, e un păcat. Ar face o faptă bună Prea Sfinţii Episcopi, ca să ea măsuri, pentru îndreptarea acestui rău.

A face o statistică exactă a tuturor bolnavilor contaminaţi de sifilis pe cale indirectă, este imposibil.

Este imposibil, căci bolnavii evită une ori să spună, că s'au contaminat pe cale genitală, că au avut ulcerul sifilitic cu tot cortegiul său ulterior.

Dar sunt cazuri vădite, şi nu sunt puţine, unde contagiunea indirectă, nu se mai discută. Din multele ce le-am cules să citez câte-va.

Ioana Papuc de 16 ani din comuna Fereşti vine la dispensariu, ca să solicite ajutorul medical. Mama ei, o femee cu mult bun simţ şi cu multă dragoste pentru fata ei, era dezolată. De cât-va timp fata răguşise, nasul în partea sa mijlocie era roşu, puţin tumefiat şi cu o uşoară deviaţie; în regiunea frontală prezenta o exostoză. Punând diagnosa de sifilis terţiar, am stat cu mama şi cu fata de vorbă; le-am arătat prin cuvinte bine simţite primejdia boalei şi le-am spus ce trebue să facă. Comuna Fereşti este la o depărtare de 2¹/₂ ore de Vaslui. Pe vreme bună şi rea fata a venit regulat la mine de i-am făcut injecţii cu salicitat de mercur. Am terminat 2 serii, acum îi fac a treia serie; fata e complect vindecată şi cu toate acestea, convinsă de primejdiea viitoare, vine cu sfinţenie ca să îşi primească tratamentul. Fata e virgină şi mi-a descris toate simptomele plăcilor mucoase, de care a suferit acum trei ani. E convinsă, că sufere de cel perit.

Mama ei o femee deşteaptă la sfârşitul convorbirei, mi-a spus: „O fi băut apă după cine-va bolnav, domnule doctor".

Marioara P. de 18 ani din satu Moara-Grecilor, virgină, se prezintă la mine cu plăci mucoase în gură. După trei injecţii de salicitat de mercur, manifestațiunile au dispărut. A terminat prima serie de injecții, urmând a veni să înceapă a doua serie la 15 Martie.

Familia *Petrea Cumpănă* din Solești, tata, mama și doi copii se prezintă la dispensarul Solești, cu plăgi mucoase bucale și eroziuni în regiunea comisurei buzelor. Manifestațiunile s'au ivit mai întâi la tată și pe urmă la întreaga familie. Presupun a se fi îmbolnăvit de la niște soldați. Sunt sub tratamentul medicului circomscripției Solești.

In comuna Zepodeni, cea mai bântuită localitate de sifilis, avem 56 de copii, până la etatea de 15 ani, afectați de sifilis. La puțini sifilisul este ereditar; în majoritatea cazurilor medicul circomscripției a constatat, că s-au contaminat pe cale indirectă, că au prezentat plăci mucoase bucale, rozeolă sifilitică și toți aceștia sunt supuși actualmente tratamentului.

La dispensarul Delești frații Elena Codreanu și Costachi Codreanu, prima de 11 ani, al doilea de 12 ani, se prezintă medicului cu manifestațiuni sifilitice secundare, care dispar sub influența tratamentului.

Marioara Ungureanu din Cosmești de 19 ani, virgină, este tratată de medic, pentru plăci mucoase sifilitice. S-a contaminat de la Valița Gheorghe Dudău, care avea manifestațiuni sifilitice secundare, cu care stătea, și de multe ori luau masa împreună.

Dar numărul exemplelor se poate înmulți și din cele arătate se vede îndeajuns, că împrăștierea sifilisului la sate pe cale indirectă este foarte mare.

In comuna Țibana este cătunu Brusturet, formați din câte-va familii de țigani. Aproape toți sunt sifilitici. In timpul muncilor agricole, se aduc lucrători din toate părțile și printre aceștia sunt foarte mulți țigani; Nici odată acești lucrători nu au fost supuși unui examen medical. Mi-am dat perfect de bine seama, că acești muncitori carii vin în contact intim cu toți cei-lanți, căci beau apă din aceiași cofă, mănâncă la un loc, bolnavi fiind unii de sifilis, ușor pot contamina pe alții. Am luat măsuri, ca toți muncitorii să fie examinați de medic în timpul muncilor agricole.

Mijloacele de propagare ale sifilisului fiind atât de numeroase și variate, lipsa unei supravegheri medicale precum și a tratamentului fiind reduse la zero, nu mai este surprinzător faptul, că sifilisul e atât de răspândit la țară și produce atâtea ravagii.

In faţa acestui dezastru am socotit, că întocmirea numai a unei statistici asupra numărului sifiliticilor şi a gradului de boală să poate compara cu o încercare de a face o clădire frumoasă, fără ca cărămizele ei să fie legate şi unite prin mortar. Mi-am dat perfect de bine seamă, că trebue să duc o luptă aprigă contra sifilisului, că în primul rând să pun o stavilă progresului lui şi să apăr societatea, în al doilea rând să salvez pe individ ca individ şi în al treilea rând, prin un tratament sistematic, să scad numărul născuţilor morţi şi să micşorez mortalitatea primilor născuţi, căci am constatat, că nu cu puţin contribue sifilisu la numărul mortalităţei noilor născuţi şi al născuţilor morţi.

Prevăzând, că în campania ce o întreprind, o să întâmpin multe şi variate dificultăţi, că o să dau ici şi colo peste bolnavi recalcitranţi şi pentru că, campania mea, voieam să fie generală şi să nu sufere nici o ştirbire în mersul ei mi-am asigurat mai întâi concursul bine-voitor al administraţiei prin d-l Prefect şi a jandarmilor prin d-l comandant de jandarmi. Am făcut timp de 2 luni experienţă în 2 circomscripţiuni şi obţinând rezultate foarte satisfăcătoare, am introdus sistemul în întreg judeţul. Actualmente toţi sifiliticii cunoscuţi din judeţ sunt sub tratament; unii au primit câte trei serii de injeciii, alţii câte două serii şi foarte puţini câte o singură serie.

Plecând de la principiu, că tratamentu antisifilitic trebue aplicat tuturor bolnavilor în mod regulat timp de trei ani şi ca acest tratament nu se poate aplica fără un control serios, am făcut anexatele librete de sănătate împărţite în 4 serii şi fie-care serie constatatoare

SERVICIUL SANITAR
al
JUD. VASLUI

LIVRET DE SĂNĂTATE

Circ. med...................

Anul.................. **No.**..................

Bolnavul.................................. *etatea*.................. *localitatea*..........................

Gr. Boalei.................................. *Tratamentul*..
....

SERIA I	SERIA II	SERIA III	SERIA IV	OBSERVAŢIUNI
Inceput la	*Inceput la*	*Inceput la*	*Inceput la*	

din 7 injecții intramusculare, făcute cu salicitat de mercur din 7 în 7 zile. Prin urmare fie-care bolnav va primi anual 28 injecții de salicilat de mercur. Formula întrebuințată este următoare: Salicilat de mercur 1 gr., oleu de vasilină sterilizat 10 ctm^3.

Carnetul este purtător la bolnav și după ce mai întâi fie-cărui bolnav în parte i s-a arătat de către medic primejdiile multiple ale acestei boale, i s-a fixat o zi anumită, în care să se prezinte la un centru anumit cu carnetul, pentru a i se face tratamentul.

Ca centre de tratament am ales localitățile în care se află instituțiile noastre sanitare, înzestrate cu toate cele trebuincioase.

Când bolnavul se prezintă la injecție, medicul înseamnă în pătratul din serie, data când i s-a făcut injecția, iar în rubrica respectivă să iscălește. Pe de altă parte fie-care jandarm și fie-care notar din fie-care comună are o listă cu numele acelora, cari trebue să vie la tratament. In dreptul numelui de pe listă este trecut și numărul libretului.

Din 7 în 7 zile jandarmii și notarii controlează, după lista ce o au, libretele bolnavilor. Dacă pe libret datele sunt trecute în mod regulat din 7 în 7 zile și poartă iscălitura medicului respectiv, bolnavul este lăsat în pace. In caz contrar bolnavul este trimes imediat la medic, pentru a-și primi injecția.

Majoritatea bolnavilor s-au supus acestei măsuri cu bunăvoință și recunoștință. Ințelegând povețele medicului, au venit și vin de bună voe la tratament.

Am dat însă și peste bolnavi neînțelegători, cari promiteau, că vin la tratament și nu veneau. Când însă au văzut, că sunt supuși controlului și jandarmii îi trimete la medic, au venit în mod regulat la tratament.

Trebue să declar cu mulțumire, că n'am avut nici un conflict în executaree acestor dispozițiuni. Sătenii să supun tuturor măsurilor luate cu bună chibzuială și cu blândețe, spre deosebire de orășeni.

Grație acestei măsuri am actualmente în județ un număr de 816 sifilitici, care în mod regulat sunt supuși tratamentului și colegii mei sunt foarte mulțumiți cu rezultatele ce le obțin.

Bolnavii de prin comunele învecinate cu orașul Vaslui, pentru mai marea lor înlesnire vin la tratament la dispensarul sanitar județean din Vaslui, pe care l-am înființat în timpul din urmă.

Fapt interesant este, că bolnavii singuri solicită de acuma cloratu de potasă, pentru a-și îngriji gura. Conștienți de bine-facerile tratamentului, vin cu mulțumire la medic, iar medicul stă de vorbă cu ei, le dă povețe igienice, îi întreabă de păsurile lor, le dă sfaturi de îndreptare, sfaturi pe care le primesc cu toată dragostea.

TABLOUL

Sifiliticilor din circomscripții supuși tratamentului

NUMIREA CIRCOMSCRIPȚIEI	Numărul bolnavilor afectați de sifilis	Numirea centrurilor unde se tratează bolnavi de sifilis
Circomscripția Negrești	16	Spitalul Negrești
„ Munteni de jos	71	Dispensariu Gura-Munteni Infirmeria Lipoveț
„ Țibănești	54	Dispensariu Țibănești Infirmeria Panea
„ Birzești	28	Dispensariu Birzești
„ Zepodeni	305	Dispensariu Zepodeni
„ Delești	43	Dispensariu Vaslui „ Delești Infirmeria Cosmești
„ Codăești	13	Spitalul Codăești
„ Dobrovăț	36	Dispensariu Dobrovăț Infirmeria Pocriaca
„ Racova	27	Dispensariu Hirsoveni Infirmeria Laza
„ Pungești	94	Camera de consultație Pungești
„ Scânteia	95	Dispensariu Scânteia Infirmeria Mironeasca
„ Solești	34	Dispensariu Solești „ Vaslui Infirmeria Ștroborani
Total . . .	816	

Sunt numeroase cazurile, în care bolnavii singuri țin socoteala injecțiilor primite și vin la timpul hotărât.

Convins fiind atât eu cât și colegii mei că măsura aceasta luată, nu poate fi de cât pentru binele sătenilor, o vom practica-o cu perseverenţă şi de aci înainte şi nu peste mult va suna ceasul când toţi sătenii vor fi încredinţaţi, că medicii rurali sunt conducătorii lor sinceri pe căile cele bune, luminătorii lor, alinătorii şi vindecătorii suferinţelor lor fizice şi morale.

De sigur, că influenţa unui control serios şi al tratamentului arătat numărul sifiliticelor va scădea treptat, treptat la sate, numărul născuţilor morţi va diminua şi îmi închipui, să va influenţa şi mortalitatea noilor născuţi.

Tabloul aci anexat îl dau cu foarte multă rezervă, căci sunt convins, că numărul sifiliticilor să fie cel puţin încă odată aşa de mare, decât cel arătat. Numai cu timpul se vor putea descoperi toţi acei, cari au suferit de sifilis şi cărora boala nu le-a lăsat nici o urmă exterioară. Va trebui bine înţeles ca bine-facerile tratamentului să se răspândească tot mai mult printre săteni, ca ei singuri să-şi dea seamă câtu-şi de puţin de importanţa tratamentului şi credinţa că medicul trăeşte în mijlocul lor numai pentru folosul lor, va trebui să prindă tot mai mult rădăcini în sufletul lor.

Un complex de împrejurări prin urmare numai ne va da posibilitatea să cunoaştem în mod exact cifra bolnavilor şi o luptă mare şi perzistentă trebue să dăm, ca să alungăm de prin sate această boală primejdioasă şi să scăpăm pe săteni de una din multele plăgi, care pe nesimţite s'au abătut asupra lor şi care a putut să se răspândească cu atât mai lesnicios, cu cât poporul nu-şi putea da seamă de gravitatea ei.

Aceasta suntem datori s'o facem şi o vom face.

FAPTE CLINICE

SPITALUL COLŢEI. — CLINICA OFTALMOLOGICĂ

Dr. D. N. MANOLESCU şi G BĂLTĂCEANU
Asistent al clinicei, intern al serviciului

Contribuţiuni la studiul ulcerului rodens al corneei

Sub numele de *ulcus rodens* al corneei, s'a descris o formă particulară de ulcer cu etiologie necunoscută, cu mers cronic, cu prognostic nesigur, apărând de obiceiu la persoane în vârstă care presentau într'un grad mai mult sau mai puţin accentuat diferite turburări organice.

Primele cazuri publicate sunt în număr de 4 şi sunt datorite lui Mooren care in 1867 într'o monografie apărută în *Ophtalmologische Beobachtungen*, a stabilit această entitate morbidă. Von Steinheim, Koll Nieden, Grossman şi alţii au publicat în urmă observaţiuni asupra acestei afecţiuni. Cele mai multe cazuri le găsim în revistele germane şi japoneze.

O descriere mai complectă o datorim lui Hayashi, care a avut norocul să aibă 5 cazuri succesive pe cari le-a studiat complect din punctul de vedere bacteriologic şi anatomo-patologic.

Având ocaziunea de a observa în serviciul d-lui prof. Stănculeanu, un caz de ulcer de acest gen, credem nimerit a'l da publicităţei.

Observaţie. In ziua de 21 Noembrie anul trecut intră în serviciu Ion Ploscaru, în vârstă de 46 ani, de profesiune muncitor, din comuna Comăneşti jud. Mehedinţi, pentru fenomene oculare ce au apărut şi au evoluat în modul următor:

În primele zile ale lunei Septemvre 1909, a început să simță dureri în ochiul drept și jumătatea corespunzătoare a capului; durata acestor dureri era în termen mediu 24 ore, nu aveau vre-un caracter de specificitate și în timpul cât țineau bolnavul avea vederea turburată, o lăcrămare abondentă și o fotofobie intensă. In fasele de acalmie ce urmau acestei stări, bolnavul avea vederea relativ bună.

Către sfârșitul lunei Octombre și în luna Noembre lăcrămarea și fotofobia deveniră și mai accentuate, durerile crescură ca intensitate și durată, o secreție purulentă îi lipea pleoapele când se scula. Scăderea vederei a continuat a progresa așa că în cele din urmă abia putea distinge obiectele mari la o mică distanță, având totuși momente în care zărea mai bine și în care lăcrimarea și fotofobia erau mai puțin intense.

La intrarea în serviciu, bolnavul presinta următoarele simptome.

Ochiul stâng: Ftisia bulbului, consecință a unei explosiuni de cartuși, întâmplată acum 15 ani.

Ochiul drept. Oedem al pleoapelor, mai ales al celei superioare; cea inferioară în entropion.

Conjunctiva foarte hiperemiată, secreție sero-purulentă în fundul de sac inferior și unghiurile ochiului. Kemosis bulbar puțin accentuat, făcând înconjurul complect al corneei pe care o acoperea pe o întindere de aproape 2 milimetri. Kemosisul se termina brusc la nivelul limbului corneei și se continua înapoi fără linie de demarcare cu restul conjunctivei.

Acest Kemosis avea un aspect gelatinos.

Imediat la limita internă a œdemului conjonctival există pe cornee o ulcerație circulară având 1 mm. lățime la partea superioară, puțin mai îngustă la partea inferioară și mai subțire încă către părțile internă și externă ale corneei.

La nivelul ulcerului corneea pare mai îngroșată, marginele ulcerului sunt regulate, sub-minate, fundul său e neted, are un aspect cenușiu. In vecinătatea lui, corneea nu prezintă de cât un slab aspect opalescent la partea sa superioară.

Camera anterioară normală; nu există hypopion, irisul puțin decolorat, pupila regulată reacționează leneș.

Nu avem turburări de motilitatea oculară. Acuitatea visuală $^{1}/_{10}$ fără corecție, căile lacrimale permeabile.

Nici o lesiune a fundului ochiului. Ca stare generală: De constituţie mediocră, spune că a slăbit puţin în ultimul timp, nu prea are poftă de mâncare, are din când în când turburări dispeptice şi dureri articulare cu caracter fugitiv. Bătăile cordului surde, are bronchită cronică, e emfisematos. De obiceiu constipat. Are dureri de cap care coincid mai totdeauna cu dureri ale globului ocular drept şi cu turburări de vedere mai accentuate.

Examenul urinei: Densitatea puţin crescută — datorită atât creşterei materiilor organice cât şi ureei—urme nedosabile de serină.

Examenul sputei negativ. Nu s'a făcut Wassermann.

Examenul frotiurilor ulcerului cornean nu pune în evidenţă nici un microb: culturile rămân sterile.

In antecedentele bolnavului găsim următoarele:

Tatăl mort tânăr de o afecţiune pe care pacientul nu o poate precisa, mama-sa moartă bătrână, nu ştie de ce boală.

N'a avut fraţi nici surori.

In privinţa antecedentelor sale personale, declară că în copilărie nu-şi aminteşte să fi suferit de cât de o erupţiune ulceroasă pe membrele inferioare, erupţiune mai mult cu caracter ectimatos. Febră palustră în repetate rânduri, a uzat de alcoolice, n'a fumat.

Acum 2 ani hemoptisii ce au ţinut aproape 2 săptămâni apărute în plină sănătate şi fără a fi însoţite sau urmate de vre-o altă turburare din partea vre-unui organ.

Un an mai târziu are din nou hemoptisii, apărând în acelaşi mod ca 1-a oară, durând de astă-dată 4 luni cu intervale de suspendare de scurtă durată.

Cam odată cu aceste din urmă hemoptisii bolnavul a început să simtă dureri în articulaţiile umerilor, apoi la cot, gâtul mânei, mai târziu în articulaţiile membrelor inferioare. Durerile acestea se mutau dintr'o încheetură într'alta şi au fost însoţite de manifestaţiuni inflamatorii numai la genunchi.

Tratat la spitalul din Severin cu iodur de potasiu şi apoi cu injecţii mercuriale a prezentat intoleranţă pentru iod şi a căpătat o stomatită mercurială.

In urma unei cure hydro-minerale făcută la o staţiune balneară, durerile articulare au dispărut. Această încetare a fenomenelor dureroase însă n'a ţinut mult căci, în mai puţin de o lună durerile au reapărut cu aceleaşi caractere şi localizându-se de astă-dată şi în micile articulaţii ale membrelor şi în coloana vertebrală.

De atunci a început să slăbească, pofta de mâncare i-a scăzut şi în această stare se găsea către sfârşitul lui August şi primele zile din Septembre când au apărut fenomenele oculare a căror descriere am făcut-o.

Dacă am insistat mai mult asupra stărei generale a bolnavului, am făcut-o pentru că încă de la început am văzut că de îndreptarea acestei stări, depindea pronosticul şi tratamentul ulcerului. Ceea-ce e credem noi şi mai interesant, e evoluţia ulcerului în cele 3 luni şi jumătate de când bolnavul e în serviciul nostru, timp în care cu toate silinţele puse nu s'a putut face altceva de cât să-i se încetinească mersul către centrul corneei. Ultima metodă de tratament ce i s'a aplicat, pare a fi oprit definitiv această lesiune destructivă.

La intrarea în spital se face tratamentul obicinuit, se spală cu astringent collyr sol, se instilează atropină, se aplică pomadă iodoformată şi pansament umed.

La 22 Noembre — a doua zi — pupila apare neregulată, irisul presentând o sinechie posterioară în partea sa infero-internă şi altele mai mici către partea superioară. Pentru durerile articulare se prescrie iodur de potasiu 10/300, 2 linguri pe zi. Şease ore de la luarea celei de a II-a linguri bolnavul are dureri mari de ochi, corneea e în întregime înceţată, lăcrimarea şi fotofobia sunt extrem de intense, kemosisul foarte accentuat. Cum în timpul pansamentului fusese spălat cu oxicianur de mercur, crezusem la început că aceste fenomene erau datorite combinărei celor 2 medicamente, dar am văzut apoi că erau datorite intoleranţei bolnavului pentru iod căci aceleaşi simptome au persistat, şi alte fenomene de iodism au apărut, chiar după suspendarea spălăturilor cu oxicianur. Aceeaşi intoleranţă faţă şi de iodurul de sodiu.

La 25 Noembre se suspendă iodurul şi se prescrie salicilat de sodiu în poţiune, 5 gr. pe zi; continuat timp de o săptămână nu se obţine aproape nici o scădere în durerile articulare, mişcările sunt însă mai libere.

Local acelaşi tratament, corneea rămâne înceţată, celelalte fenomene au mai scăzut; nici o modificare a ulcerului.

La 4 Decembre se fac injecţii subconjunctivale de clorur de sodiu 1°/₀, ³/₄ dintr'o siringă Pravaz. După 5 injecţii corneea devine limpede, durerile oculare încetează; kemosisul se micşorează mult, la ulcer nu se observă însă nici o tendinţă spre vindecare. Injecţiile ulterioare de clorur de sodiu nu par a mai avea nici o acţiune.

La 18 Decembre se face o injecţie de salicilat de mercur 0,07 ctgr. pe siringă. A doua zi apare o stomatită atât de intensă în cât bolnavul nu mai poate înghiţi de cât cu foarte mare greutate chiar alimentele lichide, vorbeşte răguşit, la ochi dureri mari şi fotofobie, kemosisul depăşeşte pe alocuri limita ulcerului.

După 2 zile fenomenele oculare scad foarte mult şi bolnavul numără degetele la 0.50 ctm. Această stare se menţine zilele următoare.

La 23 Decembre se pune praf de iodoform amorf, în ochiu; după 2 zile de tratament pacientul se plânge că i-a dispărut aproape complect vederea, corneea s'a înceţat, ulcerul s'a mai întins puţin către centru, globul sensibil la presiune. Hemoptisii.

La 26 Decembre se suspendă iodoformul, se pune numai atropină şi pansament umed.

Starea generală aceeaşi, se plânge de inapetenţă, simte o mare slăbiciune în tot corpul durerile articulare n'au cedat nici aspirinei stomatita merge spre vindecare.

Se prescrie antipirina la interior.

La 28 Decembre. Durerile articulare au mai scăzut, încolo aceeaşi stare.

Examenul bacteriologic al ulcerului negativ, pentru bacilul tuberculosei, nu se găsesc nici alte forme microbiene.

La 1 Ianuarie se încep injecţiile de cacodilat de sodiu (0,05 ctgr.) şi sulfat de strichnină (0.001 miligr.). Examenul urinei: materiile organice şi ureea crescute, albumină 0,50 ctgr. la litru, foarte puţine hematii, cristale mari şi numeroase de acid uric.

Se prescrie la interior benzoat de litină, la ochi atropină, pansament umed, cataplasme calde.

La 6 Ianuarie bolnavul e văzut de d. prof. Manolescu. D-sa crede că oedemul gelatinos de la periferia ulcerului favorisează menţinerea şi chiar progresarea lui căci apăsând pe straturile superficiale ale corneei le împedică nuţriţia şi ast-fel corneea neputându-se nutri de cât din profunziune, straturile superficiale se mortifică şi se elimină. Pentru a opri şi a distruge în parte acest oedem d. prof. Manolescu cu un stilet înroşit cauterizează acest oedem la limita externă a ulcerului.

In zilele următoare sub influenţa acestei cauterisări, a injecţiilor şi a benzoatului de litină, bolnavul se simte mai bine ca stare generală, nu mai are dureri oculare, acuitatea visuală e puţin mai bună; lipseşte însă ori-ce tendinţă de cicatrisare din partea ulcerului.

Tratamentul local acelaşi, din când în când dionină, collargol.

La 24 Ianuarie, marginea superioară a ulcerului a devenit neregulată, în acelaşi timp mortificarea straturilor superficiale s'a mai întins puţin către centrul corneei.

Se reîncep injecţiile cu arhenal şi stricnină dar de astă dată trebuesc întrerupte de la a 3-a siringă căci corneea începe a se înceţa, vederea a scăzut, bolnavul se plânge de dureri către partea externă a ochiului.

La 1 Februarie bolnavul e examinat de d. dr. D. Ionescu. D-sa nu găseşte în starea generală a bolnavului nimic care să indice un tratament sigur şi raţional. D-sa prescrie o poţiune tonică.

Se recomandă mişcare, plimbare pe coridor.

La 3 Februarie bolnavul răceşte, capătă o gripă, fenomenele oculare reapar, are hemoptisii.

Zilele următoare aceste simptome se amendează.

La 8 Februarie bolnavul e din nou văzut de d. prof. Manolescu. Dânsul găseşte corneea micşorată mult ca suprafaţă, ulcerul mai întins la partea superioară, oedemul gelatinos de altă-dată e transformat într'un ţesut dur de cicatrice iar aspectul său e ca şi cum i s'ar fi injectat dedesubt parafină. Acest ţesul împedică nutriţia corneei şi produce ast-fel mortificarea straturilor superficiale la nivelul ulcerului şi un aspect opalescent în restul corneei. Pentru a uşura şi activa nutriţia corneei, d-sa după ce raclează ulcerul, disecă conjunctiva bulbară pe o întindere de 1 ctm. $^1/_2$ la partea superioară a corneei iar porţiunea ast-fel disecată o fixează de părţile laterale ale conjonctivei bulbare prin 2 puncte de sutură aşa că să acopere în întregime şi să depăşească chiar marginea inferioarei a porţiunei superioare din ulceraţia corneei.

Pansament umed.

A doua zi reacţiune inflamatorie intensă, oedem al pleoapelor, lăcrimare şi fotofobie extremă; cu foarte mare greutate abia se pot îndepărta puţin pleoapele şi se zăreşte corneea înceţată, oedem conjonctival. Bolnavul se plânge de dureri mari în globul ocular şi toată jumătatea dreaptă a capului.

Aceste fenomene merg însă diminuând în zilele ce urmează; a 4-a zi se scot firele, se continuă tratamentul local cu atropină şi pansament umed şi 10 zile de la operaţie adică la 13 Februarie ori-ce fenomen inflamator şi dureros a dispărut, corneea mai e puţin încetată la partea ei superioară, pacientul poate să meargă singur fără a fi condus, kemosis-ul acopere locul în care a fost ulceraţia superioară, marginea sa inferioară pare însă subminată.

Se prescrie arsenic la interior.

La 23 Februarie kemosis-ul a diminut mult, marginea sa inferioară s'a retractat, a perdut aspectul subminat, pare fixată de cornee, un lisereu cenuşiu a apărut la partea supero-externă a corneei iar către partea sa superioară încețarea a dispărut rămânând un slab aspect opalescent.

La 27 Februarie. Porţiunea superioară a ulcerului n'a mai reapărut, aspectul opalescent de mai înainte a dispărut, corneea e şi aci limpede că în rest; către părţile laterale ale ei, acolo unde a fost fixat lamboul conjonctival, ulceraţia a reapărut însă foarte subţire ca o dungă cenuşie imediat la limita internă a oedemului conjonctival.

In regiunea corespunzătoare porţiunei superioare a vechiului ulcer, conjonctiva nu mai are aspectul scleros de altă-dată; pare a se face aci o circulaţie mai activă, circulaţie favorabilă şi corneei întru cât straturile ei superficiale par a-şi primi o nutriţie mai bună, suficientă pentru ca să nu se mai mortifice şi să nu se mai exfolieze.

Corneea în întregime e mai turtită din care cauză camera anterioară e micşorată; suprafaţa ei e redusă la aproape jumătate din întinderea sa normală.

Acuitatea vizuală: distinge degetele la 0.25 ctm.

La 3 Martie acelaş procedeu operator e praticat la partea externă a ulcerului, şi e urmat de o reacţiune inflamatoare mai puţin intensă ca prima.

Actualmente bolnavul se află încă în serviciu şi se va urma tratamentul indicat şi făcut de d. prof. Manolescu la partea superioară şi apoi externă a ulcerului.

Se prescriu băi de pucioasă.

Din acestă lungă expunere a observaţiunei se vede în deajuns câtă tenacitate a opus ulcerul ori-căruí tratament instituit. Se mai vede încă ce slabă resistenţă au ţesuturile bolnavului la ori-ce medicament puţin mai energic şi că acelaşi medicament care părea la început că dă oare-cari rezultate satisfăcătoare trebuia întrerupt peste câte-va vreme—mai înainte decât ar fi trebuit—căci continuarea lui da naştere la accidente atât locale cât şi generale.

Am dat mare îngrijire stărei generale a bolnavului, am căutat prin toate mijloacele posibile s'o ameliorăm, dar n'am putut decât să o menţinem aproape în acelaş grad în care se găsea când bolnavul a intrat în spital. Am avut în această privinţă un mare duşman în starea morală a pacientului căci, inteligent şi simţitor, era mereu obsedat de ideia că-şi va perde ochiul şi că va rămâne orb.

Dacă local tratamentul medical şi cauterizarea n'au putut face decât să încetinească întru cât-va mersul destructiv al ulcerului, tratamentul instituit de d-l prof. Manolescu a oprit în loc ulcerul, l-a făcut să se cicatrizeze redând corneei materialul nutriv de care avea nevoe pentru menţinerea în bună stare a straturilor ei superficiale.

Diagnosticul l'am făcut eliminând toate felurile de ulceraţiuni, mai ales pe acele tuberculoase şi sifilitice, la cari ne-am gândit la început. Eliminarea am făcut-o pe baza anamnezei, constatărilor clinice şi de laborator.

Afecţiunea de care e atins pacientul nostru — ulcerul rodens — e foarte rară, în întreaga literatură medicală nu găsim de cât 36 cazuri. E mai frecuentă la bărbaţi de cât la femei căci dintre cele 36 cazuri, 25 sunt bărbaţi şi numai 11 femei. Hayaski pe un total de 11.400 bolnavi, a găsit 4 cazuri; Mooren în 25 ani pe 108.417 bolnavi a avut 20 cu ulcus rodens, Jany unul singur din 66.000 bolnavi de ochi.

Nici odată n-a fost observat la copii, de cele mai multe ori la la bărbaţi de cel puţin 40 ani. Afecţiunea atinge une-ori ambii ochi în mod consecutiv; din cei 36 bolnavi, 17 au avut leziuni duble.

In ceea-ce priveşte etiologia acestei forme de ulcer, astă-zi încă ea e foarte obscură. Cercetările lui Hayaski, Uhtoff, Axenfeld, Gonin, Chaiseneau şi ale noastre n-au relevat prezenţa nici unui microb special, culturile au rămas totdeauna sterile.

Hipotesele altor autori că ar fi datorit unei bacterii specifice, că alte-ori e o turburare neuro-paralitică, o distrofie constituţională ori o intoxicaţie prin secreţiile anchilostomei duodenale, nici una din aceste bănueli nu poate primi pecetia certitudinei.

Fapt important şi demn de relevat e că ulcus rodens al corneei apare mai totdeauna la indivizii cari au o constituţie slabă, o funcţionare defectuoasă a nutriţiei generale, o rezistenţă mai mică a ţesuturilor. Cazul nostru arată în mod destul de clar această legătură dintre starea generală a individului şi apariţia ulcerului circular rodens.

Examenul anatomo-patologic practicat în unele cazuri a arătat o subţiere a corneei cu necrosa lamelor corneene, membrana lui Bowman în toate stadiile arată o mare putere de rezistenţă.

Schmidt-Rimpler găseşte o distrucţie neregulată a stratelor superficiale ale corneei şi o infiltraţie celulară a straturilor profunde.

Ulcus rodens începe printr'o infiltraţiune galbenă-albicioasă, puţin depărtată de limb, localizată la început de cele mai multe ori la partea superioară sau inferioară a corneei. Această infiltraţiune evoluează repede către ulceraţie, întinzându-se progresiv pe toată circonferinţa corneei. Marginele ulcerului sunt regulate, nici-odată cu caracter serpiginos, şi având în mod net aspectul subminat. Perioada de ulceraţie e însoţită de dureri, lăcrimare, fotofobie, injecţie peri-keratică. Nici odată nu s'a observat tendinţa spre perforaţie, secreţiunea e minimă, cu caracter sero-purulent.

De la margini ulcerul are tendinţa să se întindă spre centru distrugând ast-fel corneea în întregime, fără însă a progresa în profunzime ci limitându-se la straturile ei superficiale.

Din când în când ochiul bolnav poate avea perioade inflamatorii acute.

Acelaş proces după cum am văzut poate ataca şi celalt ochi.

Evoluţia e de obicei cronică, ţine în termen mediu 3 luni până la un an.

Cicatrizarea în cazul când se poate obţine n'are nimic particular, ea lasă opacităţi persistente.

Complicaţiunea cea mai frecuentă e hypopionul; rare-ori irisul participă la procesul morbid dând sinechii.

Pronosticul e grav, atât din punct de vedere al evoluţiei nesigure cât şi prin leziunile cicatriciale ce lasă în urma vindecărei. Bilateralitatea leziunei în majoritatea cazurilor agravează încă pronosticul.

In tratamentul acestei afecţiuni trebue să ţinem seamă în primul rând de starea generală a bolnavului, căci după cum am văzut e o legătură strânsă între forţa de rezistenţă a organizmului şi evoluţia ulcerului. Vom da deci tonice, alimentaţie bună, vom îngriji higiena bolnavului, la trebuinţă tratament simptomatic.

In terapeutica locală a ulcerului avem un tratament medicul şi unul chirurgical.

S'a întrebuinţat toată seria medicamentelor cari puteau forma terapeutica ulcerului cornean. Noi am întrebuinţat atropina, dionina, pomada iodoformată, injecţiile subconjonctivale cu clorur de sodiu, insuflarea de praf de iodoform amorf etc.; nici unul din acestea nu ne-au dat însă vre-un rezultat.

S-a recomandat: nitratul de argint (Biber), tinctura de iod (Koller), acidul lactic pur (Flüger), injecţiile sub-conjonctivale de sublimat (Andrade), transplantarea corneelor de epure, extirparea marginelor ulcerului, pensularea cu soluţiune alcoolică de acid fenic, iridectomia, paracentesa, keratomia, raclarea ulcerului, radiul etc.

Din acest lung şir de medicamente nici unul nu poate fi considerat ca cicatrisant al ulcerului rodens; autorii cari le recomandă mărturisesc singuri că dacă au obţinut rezultate mai mult sau mai puţin satisfăcătoare în unele cazuri, n'au putut ajunge de cele mai multe ori le nici un rezultat bun, întrebuinţând ori-care din medicamentele indicate.

Rămâne tratamentul chirurgical singurul care a dat şi ne-a arătat şi nouă că dă rezultate mai bune.

Une-ori cauterizarea cu ferul înroşit pare a activa cicatrizarea ulcerului.

Hayashi a obţinut bune rezultate cauterisând ulcerul şi apoi aplicând deasupra lui lambouri conjonctivale.

Procedeul urmat de d-l prof. Manolescu (1) seamănă cu al lui Hayaski; dânsul însă n'a avut cunoştinţă de ceea-ce făcuse acest autor.

Noi credem că raclarea ulcerului cu o curetă — aşa cum a făcut în cazul nostru d-l prof. Manolescu — e mai bună căci prin cauterizare se întind marginele ulcerului şi se distrug straturi de cornee atunci când avem nevoe de menţinerea şi rezistenţa lor. Aplicarea lambourilor conjonctivale asigurând nutriţia straturilor superficiale ale corneei le dă vitalitate şi forţă de resistenţă.

BIBLIOGRAFIE

1. **Mooren.** Ophth. Beobachtungen, 67, 1867, s. 107 *Med. Mitheilungen*, au dem Jahre 1873, S. 35.
2. **Steinheim.** Jahresbericht der Augen heilanstalt in Bielefeld vom 1. Juli 1872—1874, *Med. Zentralblatt* f. prak. Augenh. 1877, S. 99.
3. **Japiot** Th. Paris, 1872.
4. **Koll. Th. Bonn**, 1878.
5. **Vernon.** *Med. Times* and Gaz. 1874.

---

(1) Acest procedeu operator a fos descris amănunţit la finele observaţiunei noastre.

6. **Sattler**. Vers. Ophth. Gesellsch. Heidelberg, 1879. S. 140.
7. **Arlt**. *Klin. Darst*. d. Krankh. d. Anges. 1881, Wien.
8. **Nieden**. *Arch. f. Augenh.* XIV, S. 337, și XV, S. 405.
9. **Yany**. *Zentralblatt f. Augenh.* 1885, S. 162.
10. **Goldzieher**. *Wien. Med. Wochenschr.* No. 24.
11. **Knies**. Grundriss. d. Augenh. 1888, S. 143 u. 165.
12. **Dormagen**. Th. Bonn, 1885.
13. **Galezowsky**. Rec. d'Ophth. 1874, p. 236.
14. **Gottschath**. Th. Bonn, 1889.
15. **Lawford**. Roy. London. Ophth. Hosp. Rep. 1883, p. 226.
16. **Grossmann**. *Wiener Med. Presse*, XXVII S. 25—28.
17. **Schweiger**. *Lehrb. d. Augen*, S. 527.
18. **Biber**. Dissert, Zürich, 90. *Zentralbl.* 1891.
19. **Pflüger**. *Arch. f. Ophth.* XXXVII, 1891, S. 208.
20. **Krey**. Th. Keil, 1890.
21. **Sikora Th**. Paris, 1879.
22. **Kaller**. *Ref. f. Zentralbl.* 1895, S. 282.
23. **Frank**. *Diss. Morburg*, 1896.
24. **Dufour**. *La chimique ophth.* 25 Mai, 1897.
25. **Ahlström**. *Klin. Monatschr.* f. Augenh. 1898, S. 170.
26. **Schmidt-Rimpler**. Heidelberg. Ophth. Ges. 1898, *Med. Arch.* f. Augen, Bd. XXXVIII, S. 1:
27. **Sifford**. *Klin. Monatschr.* f. Augenh. 1898, S. 102.
28. **Andrade**. *Annales d'Ocul.* 1901, p. 71.
29. **Chesneau**. *Bull. et mém. Soc. fr. d'opht.* 1902.
30. **Hillemanns**. *Arch. f. Augenh.* 1900. Bd. XL, 1900.
31. **Pflüger**. *Korrespondenzbl.* (ref. Jahreșb. f. Ophth.).
32. **Handmann**. *Klin. Monatschr. f. Augenh.* 1902, p. 221.
33. **Brühl** Th. Giessen, 1893.
34. **Asayama**. *Japanischen Ophth. Zeitsch.* B. VI, 1902, u. Opht. Klinik. 1903, S. 127.
35. **Kiribuchi**. *Japanische Ophth. Zeitschr.* Bd. IX, 1905.
36. **Sgrosso**. *Archivio di Ottal.*, XIV, S. 307.
37. **Davidson**. Transact. of the. Opht. Society of the Unitet King. XXVI S. 203.
38. **Holden**. *Acad. de med. New-York*, 1903, Déc.
39. **Stephenson**. The Lancet, 1900, II p. 173.
40. **Alb. Pihl**. Th. Gottemburg, 1900.
41. **Fuchs**. *Lehrb. d. Augenh.* 1903, S. 147, 151 u. 186.
42. **Ogiu**. *Japanische Opth. Zeitschr.* Band XI, 1907.
43. **Berardinis**. *Annuli di ottalmi* XXXV, S. 835.
44. **Nettleship**. Trans. of the opht. Soc. of. the Wind Kidy, 1902, XXII p. 103.
45. **M. Hayashi**. *Klinische Monatschr. f. Augenh.* 1908, XLVI, p. 497.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

R. VLĂDESCU

PASUL SOLDATULUI

STUDIU FIZIOLOGIC

In fiziologie se obişnueşte să se numească organismul animal şi economic. Considerând ființa viețuitoare ca un transformator de energie, numirea apare pe deplin justificată, căci în ori-ce act biologic vedem că este o tendință manifestă la economie în cheltuială din rezerva de energie de care organismul dispune. El cruță prin toate mijloacele să înlăture cheltuelile zadarnice. Funcționarea muşchilor antagonişti este un frumos exemplu de economie.

Să considerăm două raze osoase OA OB, cari fac între ele unghiul AOB (fig. 1). Fie *a* muşchiul care prin contracția lui închide unghiul AOB şi *b* muşchiul, care deschide acelaşi unghiu.

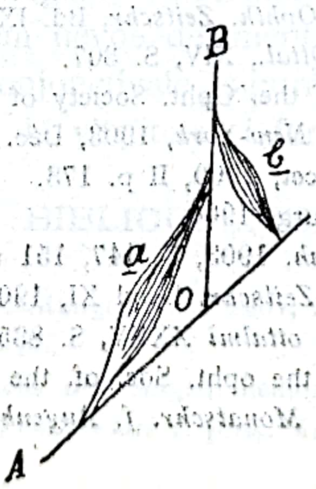


Fig. 1.

Dacă muşchiul *b* ar fi contractat, pentru ca *a* să închidă unghiul de o cantitate oare-care, ar trebui să se contracte mai puternic, pentru ca pe de o parte să nimicească efectul produs de *b* şi pe de altă parte să producă închiderea unghiului. Cheltuială ce s'ar face cu anihilarea efectului produs prin contracţia muşchiului *b* ar fi evident zadarnică din punct de vedere utilitar, adică pentru închiderea unghiului. Organismul însă evită această cheltuială zadarnică de energie într'un mod ingenios. In momentul când de la centrii nervoşi vine comanda ca muşchiul *a* să se contracte, în acelaşi timp la muşchiul *b* vine un ordin ca el să se relaşeze (să înceteze de a mai lucra).

In adevăr dacă se înscrie starea muşchilor flexori şi extensori în timpul funcţiunei lor, se obţin două curbe de sens invers, de unde se vede că contracţia muşchiului extensor corespunde cu relaşarea muşchiului flexor şi vice-versa (fig. 2). Altă dată s'a crezut că muşchii antagonişti se contractă în acelaşi timp, unii pentru a produce mişcarea, alţii pentru a o modera şi printre cei ce susţineau această teorie erau: Winslow, Duchenne de Boulogne, Demeny şi Bemmis.

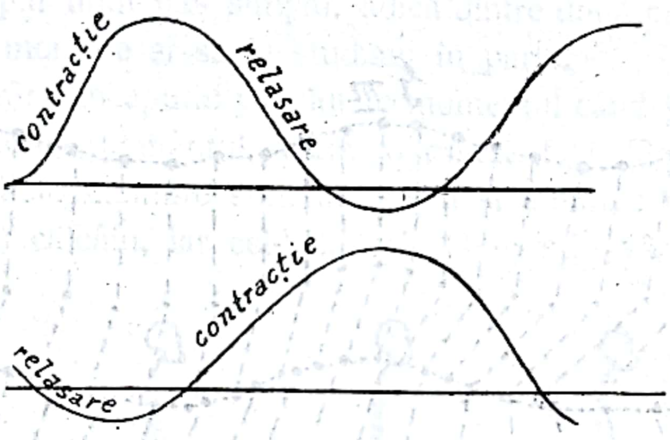


Fig. 2.

Cercetările făcute cu ajutorul metodei grafice de d-l profesor I. Athanasiu, au dovedit că muşchii antagonişti funcţionează alternativ. Ceva mai mult, relaşarea se face dincolo de tonicitatea obişnuită a muşchilor (1).

Fie-care din funcţiunile organismului vieţuitor ne oferă numeroase exemple de economie în cheltuială de energie — se zice adesea că organizmul caută să obţie maximum de beneficiu cu minimum de cheltuială. Potrivit cu mijloacele sale el întrebuinţează dispozitivele cele mai variate pentru atingerea acestui scop.

---

(1) Recherches sur le fonctionnement des muscles antagonistes dans les mouvements volontaires par M. I. Athanasiu, C. R. Ac. des Sciences, Paris, 3 Février 1902.

Aceste principii fiind stabilite, înţelegem greutatea ce se întâmpină când e vorba de a modifica o funcţiune oare-care a organizmului vieţuitor, cum s'a încercat a se face cu locomoţia soldatului.

Vom cerceta în cele ce urmează mecanizmul pasului la om şi vom face o paralelă între pasul liber, normal şi acela impus de regulamentele militare.

Metoda cea mai eficace pentru ca să ne putem da socoteala de modul lor de îndeplinire este cea introdusă în ştiinţă de marele inginer al vieţii (1) Marey, adică metoda grafică şi în special cronofotografică.

Dacă se înscrie un număr suficient de faze în timpul unui pas complect, adică de la o atingere a solului cu piciorul până la

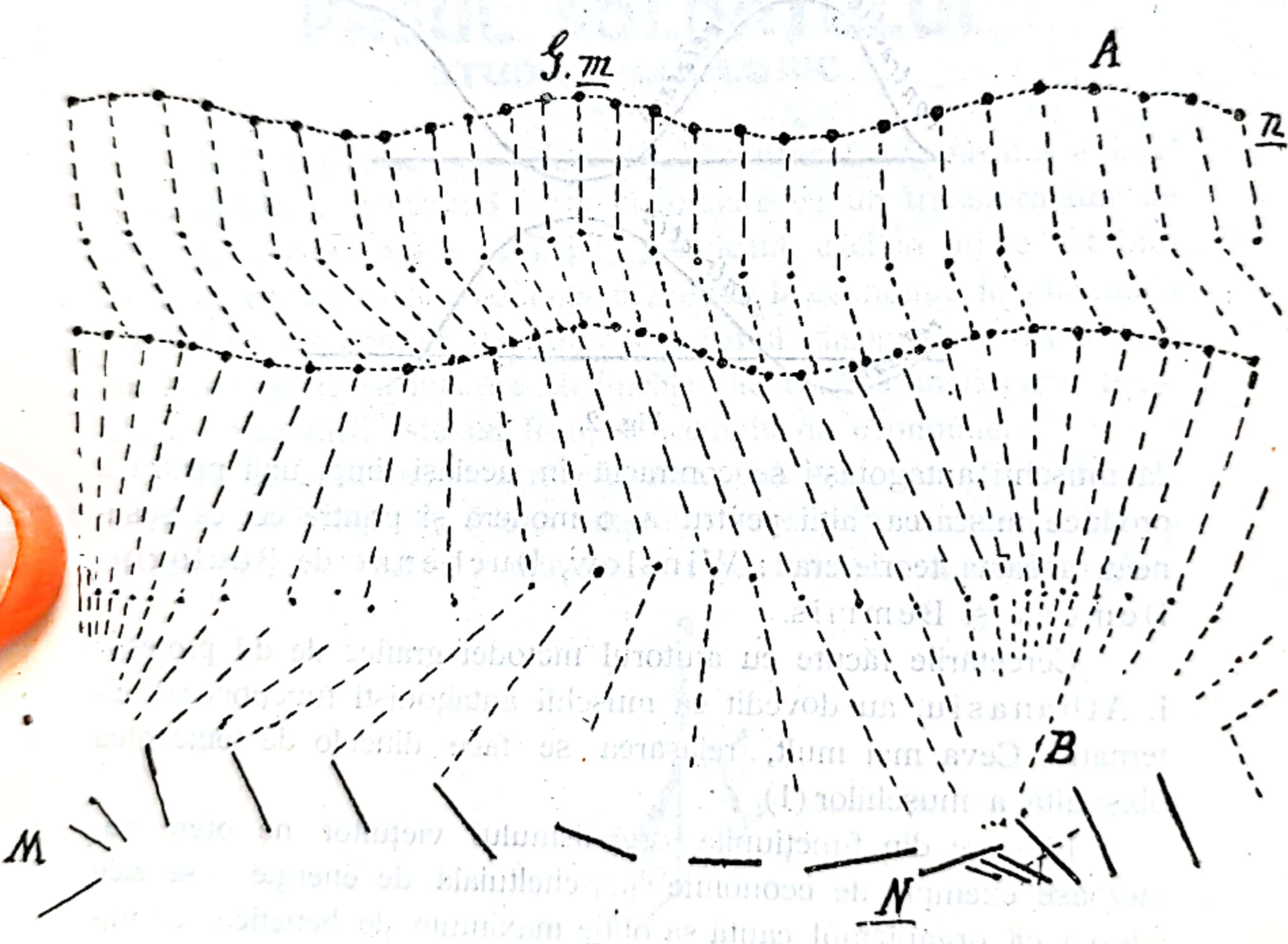
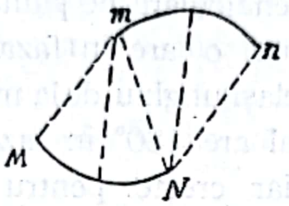


Fig. 3.

atingerea imediat următoare, avem o grafică de felului celei expuse aci, (fig. 3), din analiza căreia este uşor de constatat că membrul inferior în timpul unui pas complect face două oscilaţii pendulare: *a*) una în care extremitatea inferioară a piciorului (talpa) descrie un arc de cerc în jurul articulaţiei coxo-femorale cu centru, arcul MN şi alta în care extremitatea inferioară rămână în contact cu pământul şi în jurul ei cu centru extremitatea superioară a membrului descrie arcul *mn*. Să examinăm mai de aproape aceste oscilaţii în timpul unui pas simplu, adică dintre două poziţii identice a celor două membre şi să le studiăm în parte.

---

(1) I. Athanasiu. La Nature, Mai, 1904.



Considerând începutul pasului în momentul când piciorul drept de exemplu atinge pământul, avem o primă fază (fig. 1), în care vedem că ambele membre sunt în sprijin şi anume: unul din ele, cel drept, prin călcâiu, iar cel-l'alt, cel stâng, prin vârful tălpei.

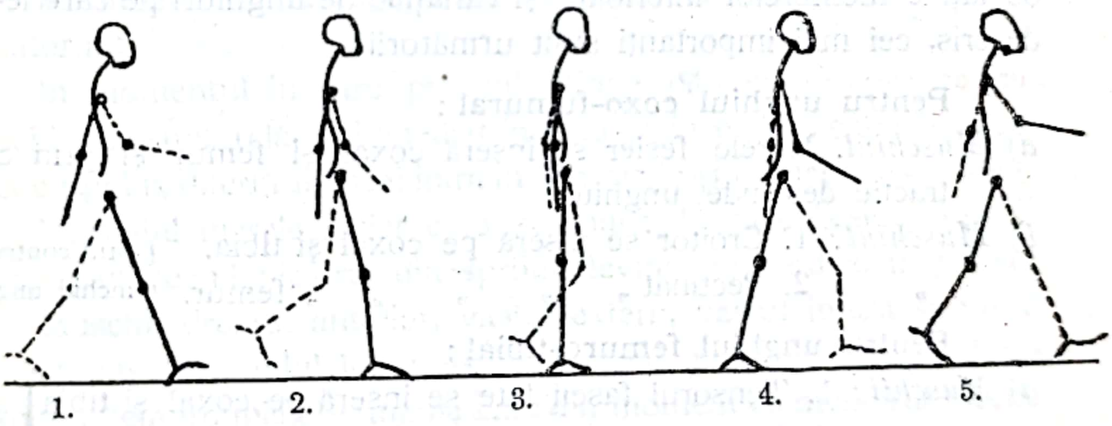


Fig. 4.

In a doua figură, piciorul drept singur e în contact cu pământul însă prin o porţiune mai întinsă din partea posterioară a tălpei.

In o a treia figură, piciorul drept singur se sprijină pe pământ prin toată talpa.

In a patra figură, piciorul drept tot singur se sprijină pe pământ prin partea anterioară a tălpei şi în fine

In a cincea figură, membrul stâng are o poziţiune identică cu a membrului drept din prima fază.

Din aceste faze se vede clar că sprijinul începe prin călâiu, apoi se face pe tălpi şi în fine pe vârf.

Unghiurile pe cari le fac între ele razele osoase ale membrelor inferioare, văzute în timpul acestor oscilaţii şi cursul acestor variaţii se poate vedea pe graficele 1, 2, 3, 4, 5.

Să considerăm unghiurile membrului din sprijin, cel drept:

Unghiul femurului cu axa corpului axă pe care putem s'o considerăm tot-deauna ca perpendiculară pe pământ, pleacă de la o valoare mai mică ca 180° pe care o are în faza I, creşte deci înainte şi ajunge 180° în faza V. Acelaşi unghiu dela membrul opus văzut invers.

Unghiul femurotibial are 180° în faza I, descreşte apoi în fazele următoare şi apoi iar creşte pentru ca în momentul în care piciorul ajunge perpendicular pe sol să atingă 180°, valoare pe care o păstrează şi de aci înainte până în faza 5.

Unghiul femurotibial stâng, cu o valoare de aproape 180° în faza I, descreşte şi devine minimum când unghiul membrului opus are 180° şi apoi creşte pentru a atinge 180° în faza V.

Unghiul tibio-tarsien are două maxime din care unul în momentul în care piciorul e în ultima fază de sprijin când piciorul e gata să părăsească pământul. Agenţii activi muşchii care produc osulaţiile membrelor inferioare şi variaţiile de unghiuri pe care le-am descris, cei mai importanţi sunt următorii:

Pentru unghiul coxo-fumural:

a) Muschiul. Marele fesier se înseră coxal şi femur şi prin contracţie deschide unghiul.

b) Muschiul:	1. Croitor se înseră pe coxal şi tibia.	prin contracţie închid unghiul
»	2. Pectinat » » » » » femur.	

Pentru unghiul femuro-tibial:

a) Muschii:	1. Tensorul fascii late se inseră pe coxal şi tibia	prin contracţie deschid unghiul.
»	2. Drept anterior » » » » » »	
»	3. Vastul extern » » » femur şi tibia	
»	4. » intern » » » » » »	
»	5. Crural » » » » » »	
b) Muschii:	1. Croitor.	prin contracţie închid unghiul.
»	2. Drept intern se inseră pe coxal şi tibia	
»	3. Biceps crural se inseră pe coxal femur şi peroneu	
»	4. Semitendinos se inseră pe coxal şi tibia	
»	5. Semi-membrenos se inseră pe coxal şi tibia	
»	6. Popliten se inseră pe femur şi tibia	
»	7. Gemenii se inseră pe femur şi tars (calcaneu)	

Pentru unghiul tibiotarsien.

d) *Muschii*; 1. Lungul peronier lateral se inseră pe peroneu şi metatars.
„ 2. Gemenii.
„ 3. Solear se ins. pe tibia peroneu şi tars (calcaneu)
„ 4. Plantarul subţire se ins. pe femur şi tars (calcaneu)
„ 5. Gambier posterior se ins. pe tibia peroneu şi tars
„ 6. Flexorul tibial se inseră pe tibia şi falange
„ 7. Flexorul peronier se inseră pe tibia şi falangă.
prin contracţie deschid unghiul.

b) *Muschii*: 1. Gambier anterior se inseră pe tibia tars metatars.
„ 2. Extensorul comun al degetelor se inseră pe tibia peroneu şi degete.
„ 3. Extensorul degetului mare se inseră pe peroneu şi deget.
„ 4. Peronier anterior se înseră pe peroneu şi metaters.
prin contracţie închid unghiul.

Iar modul lor de funcţionare în diversele faze ale pasului este următorul :

In momentul în care piciorul atinge pământul, aproape toţi muschii lui sunt relacsaţi imediat însă ce el începe să suporte greutatea corpului, diferiţi muschi intră în contracţie şi printre aceştia sunt :

Muschiul marele fesier care se opune la bascularea corpului înainte până când piciorul din sprijin devine perpendicular pe sol.

Muschii dreptul anterior, vastul extern, vastul intern şi crural se contractă la rândul lor şi astfel se opun puternic la închiderea unghiului femurotibial, — unghia care din moment ce membrul începe să susţină singur greutatea corpului, are tendinţa să se închidă prin însăşi greutatea corpului, întru cât perpendiculara la pământ ce trece prin centrul de gravitate al corpului cade înapoia articulaţii femuro-tibiale. Contracţia lor durează numai până când membrul în întregime devine perpendicular, când linia de gravitate cade înaintea articulaţii.

Odătă cu intrarea în acţiune a acestor muschi, la membrul opus, care părăseşte pământul şi trece în suspensiune. unghiurile femurotibial şi tibiotarsien încep să se închidă graţie muschilor flexori ai gambei pentru unghiul femuro-tibial şi muschilor extensori ai degetelor şi gambierului anterior pentru cel tibio-tarsien. Contracţia acestor muschi atinge maximum în momentul în care membrul opus a ajuns perpendicular pe sol când acest membru are maximnm de lungime, iar cel opus minimum. Imediat ce piciorul din sprijin a trecut de verticală, muschii dreptul anterior, vastul extern, vastul intern crural se relaxează complect, dar unghiul femuro-tibial rămâne deschis la maximum, însă de *d*ata aceasta graţie poziţii membrului oblică în sus şi înainte muschii posteriori şi laterale ai gambei intră în acţinne pentru a deschide unghinl tibio-tarsìen şi ajung maximum de inteusitate în contracţie când piciorul e gata să părăsească pământul, iar când piciorul e gata să părăsească pământul, relaşarea lor e complectă. In acelaş timp cu contracţia acestor muschi. membrul opus observăm contracţia muschilor: croitor şi drept intern care trage femurul înainte şi contracţie bruscă a muschilor: drept anterior, vast extern, vast intern şi crural care are de scop să întindă brusc gamba pe coapsă, pentru că piciorul căzànd apoi sub influenţa gravităţii, să câştige înainte cât mai mult teren.

Acestea zise, să vedem cum se face locomoţiunea.

Condiţiunile necesare pentru ca un vieţuitor să se poată deplasa într'un mediu sânt:

a) Să ia un punct de sprijin pe acel mediu.

b) Să dezvolte o forţă care să efectue deplasarea, deplasare care se poate face prin reptaţie, când forţa dezvoltată caută să apropie punctele la care este aplicată, sau prin reacţie, când caută să le îndepărteze.

In cazul omului, punctul de sprijin e luat de membrele posterioare în momentul în care ele ating pământul, forţa care produce deplasarea este opera muschilor pe care i-am studiat şi modalitatea de propresie este reacţia.

Iată acum şi mecanismul producerei forţei căreia i-se datoreşte reacţia:

Când razele osoase ce constituesc membrul, de îndată ce acesta a luat punct de sprijin pe pământ, încep să se ridice unele peste altele, este evident că o presiune se exercită pe pământ, presiune care tinde să îndepărteze punctul de aplicaţie şi fiind-că acesta este rezistent, cel lalt punct de aplicaţie, masa corpului, va fi deplasată în direcţie contrară presiunii pe pământ.

Este aci o aplicaţie a principiului din mecanică al egalităţii între acţiune şi reacţiune, acţiunea fiind în cazul nostru presiunea pe sol.

Intensitatea presiunii pe pământ variază cu deplasarea centrului de gravitate conform legii stabilite de Marey. Ori-ce act muşcular care are drept efect de a ridica centrul de gravitate al corpului, măreşte presiunea picioarelor (1) pe sol şi ori-ce act care tinde să scoboare centrul de gravitate diminua presiunea picioarelor.

Dacă se înscrie presiunea pe pământ în timpul mersului la pas cu ajutorul încălţămintei exploratrice cum a luat Marcy, se constată fig. 6. că presiunea începe să crească din moment ce piciorul intră în sprijin (*a*) şi atinge maximum când e aproape să părăsească pământul (*c*) fig. 5 (poziţia AB din figura 3).

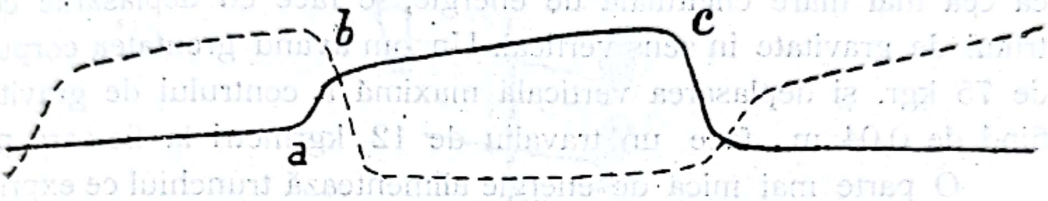


Fig. 5.

Să ne reamintim că în această fază ultimă de sprijin sânt muschii tibiali posteriori şi laterali care sânt în contracţie şi ne dăm socoteala atunci că lor li se datoreşte acest efect, exagerarea presiunii pe pământ. Aceşti muşchi contractându-se cu putere, trag calcaneul în sus şi înainte şi piciorul atunci sprijinit prin vârful său, presează cu putere solul.

Efectul acestei presiuni e producerea unei forţe dirijată în sus şi înainte, forţă pe care se poate descompune în două componente

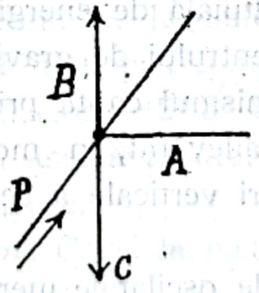


Fig. 6.

fig. (.) Una dirijată orizontal (A) şi cea laltă vertical (B) şi cum componenta verticală este nimicită de gravitate (C), rezultă că singurul efect (fig. 6) al forţei este ca să împingă corpul înainte.

Forţa care produce reacţia este deci născută prin construcţia muschilor care are de scop să deschidă unghiurile ce face între ele razele membrului inferior şi între aceşti muşchi, rolul cel mai important îl au gemenii gambei şi solearul.

---

(1) Marey, Le Mouvement.

Necesitatea variaţii unghiurilor în mers reese de altfel şi din examinarea factorilor de cheltuială ocazionată într'un pas.

Pentru a cunoaşte cantitatea de travaliu cheltuit într'un pas, Marey a măsurat pe rând cheltuiala ocazionată de:

a) Oscilaţiile verticale ale centrului de gravitate.

b) Deplasarea orizontală a centrului de gravitate.

c) Oscilaţiile pendulare ale membrului inferior şi a constatat (1) că cea mai mare cheltuială de energie, se face cu deplasările centrului de gravitate în sens vertical. Un om având greutatea corpului de 75 kgr. şi deplasarea verticală maximă a centrului de gravitate fiind de 0,04 m., face un travaliu de 12 kgrmetri la fie-care pas.

O parte mai mică de energie alimentează trunchiul ce exprimă variaţiile de forţă vie ale masei corpului, căci s'a constatat tot cu ajutorul metodei grafice că în tot timpul duratei unui pas viteza referă variaţii şi anume: minimă în momentul în care piciorul intră în sprijin, creşte şi atinge maximum la sfârşitul sprijinului.

Trunchiul în aceleaşi condiţii — 75 kgr. greutate şi deplasare 0,04 m. e cu mult mai mic — este de 2,5 kgmetri.

Cât pentru oscilaţiile diferitelor segmente ale membrului inferior, cheltuiala este minimă, căci truchiul efectuat abia este 0,3 kgmetri şi acesta se explică prin aceia că aceste oscilaţii se fac în cea mai mare parte, sub influenţa gravităţii.

Cea mai mare cheltuială de energie se face prin urmare cu deplasarea verticală a centrului de gravitate şi dacă principiul stabilit la început: că organismul caută prin toate mijloacele să evite cheltuelile zadarnice ce adevărat, în mod logic reese importanţa acestor (mişcări) deplasări verticale a centrului de gravitate în locomoţiune.

In mers, în afară de oscilaţiile membrelor inferioare şi de variaţiile de unghiuri pe care le am studiat, se mai observă mişcări şi din partea altor organe. Aceste mişcări s'ar părea la prima vedere că sunt zadarnice, însă dacă se examinează mai de aproape se constată că ele au de scop să asigure echilibrul corpului amenunţat la fie-care pas. Sunt mişcări de compensaţie. Printre ele ca mai principale sunt:

---

(1) Marey, Le Mouvement.

a) *Oscilaţiile basenului.* Linia ce uneşte cele două articulaţii coxofemurale, suferă deviaţi în timpul mersului în planul orizontal ce trece prin ea—anume: Extremitatea corespunzătoare membrului care progresează, e trasă inainte, aşa în cât dacă am proecta această linie pe pământ în cele cinci faze pe care le am considerat în pasul simplu şi dacă în acelaşi timp talpa ce e în sprijin ar lăsa şi ea urme în aceleaşi faze, am avea o figură ca această (fig. 7) iar în timpul unui pas complect una ca aceasta fig. 8.

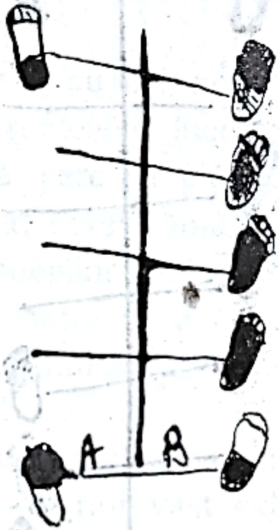


Fig. 7.

Pe aceste figuri se poate urmări lesne sensul variaţiilor de direcţie pe care dreapta AB—proecţia pe pământ a linii ce uneşte cele două articulaţii coxofemurale, le suferă în timpul unui pas simplu (fig. 7) şi în timpul unui pas complect (fig. 8.)

b) Din examenul graficelor 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª se vede că membrele superioare descriu oscilaţii asemănatoare, însă de sens invers cu acelea ale membrelor inferioare.

c) *Oscilaţiile umerilor.* Ca şi la membrele inferioare, linia ce uneşte articulaţiile scapulohumerale suferă aceleaşi oscilaţii, însă de sens invers.

Rolul mişcărilor din partea membrelor superioare şi a umerilor, e uşor de înţeles când vedem că ele sunt de sens contrar faţă de acelea ale membrelor inferioare şi basenului. Masa corpului la fie-care pas simplu tinde să fie răsucită în jurul axului vertical de partea membrului în sprijin şi atunci pentru că această deplasare importună să fie evitată, intervin oscilaţiile membrelor superioare care aduc după ele pe acelea ale umerilor.

Mişcările de inclinaţie înainte ale corpului au de asemenea un rol important în locomoţiune prin faptul că ele se opun la tendinţa de răsturnare a corpului îndărăt de către masa de aer, pe care în mers o întâlnim înaintea noastră.

Să trecem acum la pasul soldatului.

Regulamentul exerciţiilor infanterii (capitolul II) prescrie următoarele reguli cu privire la aceasta:

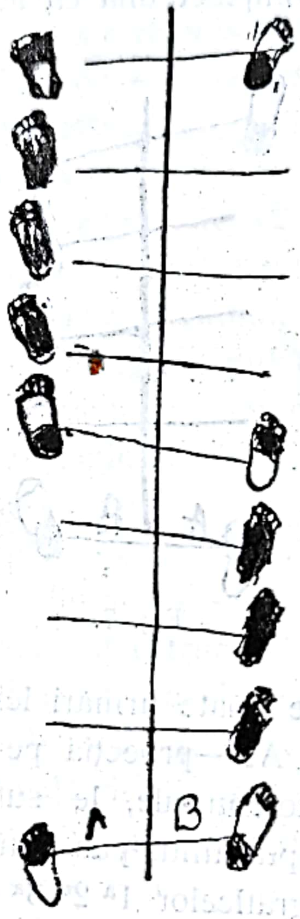


Fig. 8.

27. „Marşul are de scop de a deprinde o trupă să străbată ori-ce distanţă fără prea multă oboseală.

In marş corpul trebue să fie nesilit şi capul să stea drept.

Marşul se execută în două feluri: în pas iute, cadenţat şi în pas de călătorie, sau de voe necadenţat.

28. Pasul iute. Acest pas constitue mersul normal al soldatului el are lungime de 75 centimetri calculat de la un călcâiu la celălalt; iuţeala lui este 120 paşi pe minut. Pentru a pune trupă în marş se comandă:

1. Ploton înainte.
2. Marş.

După comanda marş, oamenii duc piciorul stâng fără sguduire la 75 centimetri înaintea celui drept, vârful piciorului puţin aplecat spre pământ şi întors în afară, genunchiul întins pune piciorul pe pământ cu talpa fără sguduitură, lasă greutatea corpului pe acest picior, ridică puţin călcâiul drept şi scoate repede piciorul drept înainte cu genuchiul îndoit pe lângă piciorul stâng, îl întinde îndată ce a trecut de acest picior şi-'l pune pe pământ la aceeaşi depărtare, după cum s'a prescris pentru cel stâng şi urmează astfel mersul fără a încrucişa picioarele, ţinând umerii şi capul în direcţie dreaptă şi lăsând braţele în voe".

Comparând acest pas cu cel normal şi liber, descris mai sus lesne putem deduce diferenţele şi inconvenienţele celui d'intâiu.

In primul rând, se cere ca piciorul ce e proectat înainte să aibă vârful puţin aplecat spre pământ şi întors în afară. Această condiţie nu se poate îndeplini fără ca muşchii gemeni, solearul şi flexorii falangelor să intre în acţiune şi contracţia lor reclamă cheltuială de energie — cheltuială de care organismul este scutit în pasul natural.

Se cere apoi ca genuchiul să fie întins, ceea ce reclamă acţiunea muschilor drept anterior vast extern, vast intern şi crural, deci altă cheltuială de energie. In pasul liber asemenea acţiuni musculare nu au loc. Piciorul care vine în sprijin are musculatura sa aproape complect relaşată întru cât el atinge pământul prin călcâi.

Marele inconvenient al genuchiului întins rezultă însă din aceia că se împiedică variaţia unghiului femuro-tibial.

Variaţiile unghiurilor ce fac între ele razele osoase ale membrului în sprijin constituesc condiţia necesară pentru producerea forţei de reacţie şi ca atare ori de câte ori această reacţie nu va fi posibilă, forţa de reacţie nu va putea să se producă în cele mai bune condiţii.

Cu siguranţă că dacă rigiditatea membrului inferior ar putea fi menţinută prin puterea voinţei, efectul util în un asemenea pas ar fi cu desăvârşire redus.

A pretinde rigiditatea membrelor inferioare în mers, ar fi cam acelaşi lucru cu a impune unei persoane ce se sprijină în vârful degetelor pe un plan rezistent, antebraţul fiind întins pe brat, să se îndepărteze de acel plan.

Ne convingem dealtfel de ineficacitatea rigidităţii şi din cele ce observăm atunci când încercăm să facem pasul în asemenea condiţii, când oricine îşi dă seama că e o tendinţă care ne face să lăsăm razelor osoase o mobilitate orcât de redusă ar fi.

Rigiditatea este prin urmare o condiţie inoportună, pedeoparte prin aceia că creiază un obstacol mecanic a cărei influenţă se resimte în mers şi pe dealtă parte prin aceea că se face o cheltuială zadarnică de energie cu contracţia muşchilor drept anterior, vast extern, vast intern şi crural, muşchi care menţin gamba întinsă pe coapsă, cheltuială de care în pasul natural suntem dispensaţi, întru cât aceşti muşchi intră în contracţie numai când greutatea corpului începe să fie susţinută pe piciorul intrat în sprijin.

Se mai cere în pasul soldatului ca, piciorul să fie ridicat brusc din sprijin după ce s'a ridicat puţin călcâiul. În pasul natural s'a văzut că sprijinul începe prin călcâiu, apoi se face pe talpă şi în fine pe vârf care dă şi impulsiunea.

Când se împedecă această rostogolire a tălpei pe pământ, variaţia unghiului tibiotarsien este mai redusă şi deci forţa de impulsiune mai mică.

Regulamentul exerciţiilor infanterii cere ca umerii şi capul a fi ţinuţi în direcţie dreaptă.

Din studiul mişcărilor compensatoare s'a văzut că mişcările corpului sunt necesare pentru a evita răsturnarea înapoi a corpului prin rezistenţa aerului întâlnit, iar acele ale umerilor ca sa nimicească efectul produs prin răsucirea bazenului.

Ori de câte ori aceste mişcări vor fi împedicate, organismul pentru menţinerea echilibrului său în locomoţie, va trebui să facă eforturi în mod continuu şi se ştie că eforturile reclamă cheltuială de energie.

Acestea sunt inconvenientele pasului iute al soldatului. Ele decurg din comparaţia acestui pas cu cel natural şi fac pe d-l profesor I. Athanasiu, să repete în cursul d-sale de fiziologie că pasul soldatului e antifiziologic.

LUNA MEDICALĂ

Societăţi savante Streine

SOCIETĂŢILE DE NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE DIN PARIS

(In şedinţe reunite)

Rolul emoţiunei în geneza accidentelor neuropatice şi psihopatice

I.

Probleme psihologice şi fiziologice

Societatea de Neurologie din Paris împreună cu cea de psihiatrie au hotărât a se întruni la un loc în fie-care an pentru a discuta unele chestiuni de interes comun. In şedinţele ce au avut loc în Decembrie şi Ianuarie s'a discutat chestiunea emoţiunei şi a rolului ei în patologia neuropsihiatrică.

Vom rezuma această discuţiune mulţumindu-ne în acest număr a analiza partea relativă la psihofiziologia emoţiunei a cărei discuţiune a avut loc în şedinţa din 9 Decembrie 1909.

Pierre Janet prezintă un raport asupra emoţiunilor privite din punct de vedere psihologic. Autorul propune a se denumi emoţiune totalul turburărilor ce apar în anumite împrejurări faţă de cari individul nu e adaptat prin organizaţia sa anterioară şi cărora nu e capabil a se adapta acum deşi percepe aceste împrejurări şi necesitatea de a reacţiona.

Printre ele autorul distinge:

1. **Modificaţiuni ale sentimentelor, ale stărei generale a conştiintei :** Sentimentul de frică, de mânie, întristare, ruşine, indignare, descurajare, disperare, suferinţa morală şi sentimentele pe cari le numeşte de *incomplectitudine* ca sentimentul de slăbiciune, de incapacitate, de indecizie, de complexitate, de vis.

2. **Modificaţiuni intelectuale.** A. *a) Sub forma unei agitaţiuni intelectuale sistematice :* idei obsedante, fobii, halucinaţiuni în raport cu evenimentul ce a creiat emoţiunea sau fără raport direct cu acel eveniment.

b) Sub forma unor agitaţiuni intelectuale difuze. Aci intră pretinsa hiperamnezie a indivizilor în pericol de moarte.

B. *Sub forma unor alteraţiuni, sau degradaţiuni sistematice sau difuze a funcţiunilor intelectuale :* Amnezii profesionale, amnezii retrograde, amnezii localizate, strâmtorarea câmpului conştiinţei, diminuarea atenţiunei, confuzia realului cu imaginarul, turburări în percepţia timpului şi chiar confuzie mentală.

3. **Turburări ale funcţiunilor viscerale;** agitaţiuni sau depresiuni sistematice sau difuze ale funcţiunilor digestive, respiratorii, vazomotorii şi cardiace, secretorii.

4. **Turburări ale funcţiunilor motrice şi în special ale acţiunei.**

A. *Sub formă de agitaţiuni sistematice sau generale.*

Reproducere complectă sau incomplectă a actelor vechi, ancestrale, a actelor obicinuite, ticuri, grimaze, contorsiuni, rigidităţi, spasme, înjurături, blesteme etc.

B. *Sub forma de depresiune sistematică sau difuză a acţiunei.*

Incapacitate de a executa actele ce ar fi reclamate de împrejurări sau insuficienţa, scăderea acestor acte, pierderea rezoluţiunei, a conştiinţei personale, stângăcie tremurături. turburări de vorbire, mutism.

Teoriile sintetice şi definiţiunile emoţiunei

1. *Teoriile sentimentale* privesc sentimentul ca fenomenul primitiv, cele-lalte turburări ar fi expresiunea lui. Autorul o consideră ca rezultatul unei analize incomplecte.

2. *Teoriile intelectuale* privesc ca esenţiale fenomenele intelectuale relative la evenimentul ce a provocatat emoţia. Cele-lalte fenomene sunt trecute cu vederea sau privite ca urmarea logică a primelor sau efectul unor sugestiuni. Sunt defectuoase căci cele mai multe din fenomenele emoţiunei apar fără a fi fost prevăzute nici înţelese.

3. *Teoriile viscerale* sunt de asemenea eronate — după Janet — căci n'ar exista un paralelism constant între fenomenele viscerale şi emoţiune.

4. *Teoria instinctivă* vede în emoţiune punerea în acţiune a unui automatism reprezentând acte executate altă dată cu folos de strămoşii noştri sau de animale. E prea restrânsă şi trece cu vederea unele fenomene.

5. *Teoria dinamică* (a lui Janet) consideră emoţiunea *ca o depresiune a tensiunei psihilogice însoţită de o derivaţiune determinată de insuficienţa adaptaţiunei şi de sforţările neputincioase de a remedia această insuficienţă.*

Localizarea emoţiunei. 1. *In timp.* Pentru apariţia turburărilor determinate de emoţiune e necesară o perioadă latentă condiţionată de durata necesară pentru a percepe exact evenimentul şi dificultatea lui. 2. De timpul necesar pentru ca individul să se epuizeze în sforţări inutile. 3. De apariţia posibilă a altor evenimente care reclamând intrarea în acţiune a funcţiunelor superioare să pună în evidenţa scăderea nivelului mental. De aceea o dublă emoţie va avea o importanţă mai mare în geneza nevrozelor.

2. *Localizarea asupra unei funcţiuni,* atârnă de evenimentul provocător, de posibilitatea existenţei în acţiune a unei funcţiuni în momentul acelui eveniment de unde posibilitatea unei vulnerabilităţi mai mari a acestei funcţiuni, de starea anterioară a organismului, funcţiunile debilitate fiind cele mai atinse, de legile automatismului psihologic, turburările având tendinţa de a lua forma ce au mai luat-o odată, de sugestibilitate, etc.

Evoluţiunea, transformaţiunile emoţiunei. Emotivitatea

In starea normală emoţiunile trebue să dureze puţin şi să apară rare ori, individul fiind bine adaptat condiţiunilor în care trăeşte. Emoţiunea devine intermitentă şi gravă când există o slăbire a voinţei, o diminuare a tensiunei psihologice. Emoţiunile repetate conduc la emotivitate care e tendinţa de a înlocui operaţiunile superioare de adaptaţiune, devenite imposibile, prin exagerarea operaţiunilor inferioare şi mai ales prin agitaţiuni viscerale grosolane.

Discuţiune. G. Dumas e de părere că tendinţele, instinctele pot fi cauza emoţiunei când sunt satisfăcute după ce au fost multă vreme împiedecate sau când sunt oprite de a se satisface. Pe de altă parte crede că Janet coprinde prea multe fenomene sub numele de emoţiune care e după d-sa reacţiunea afectivă a individului în prezenţa unei reprezentaţiuni sau unui fapt.

Babinski se întreabă pentru ce Janet cu definiţia ce a dat nu coprinde printre turburările emotive şi hemoragia cerebrală produsă de o emoţie rezultând şi ea dintr'un defect de adaptaţiune a organizmului la împrejurările noi determinate de un traumatism moral.

Janet admite ca unele fenomene a căror delimitare e greu de făcut, fără să fie arbitrară, trebueşc excluse din cadrul emoţiunilor.

Sollier atrage atenţia asupra posibilităţei localizărei efectelor emoţiunilor asupra unei regiuni a corpului, asupra întârzierei reacţiunilor emoţionale în afară de ori-ce auto sau etero sugestie precum şi asupra epuizărei determinată de emoţiunile repetate fapt ce poate explica producerea unor psihoze sau psihonevroze depresive.

Bonnier crede că trebue să distingem în fenomenele ce se atribue emoţiunei pe cele bulbare de cele cerebrale. In plus e de părere că căutând a se defini anxietate, emoţiunea fără a defini starea de echilibru funcţional a cărei turburare e tocmai anxietatea înseamnă a se expune a studia lucrurile pe dos şi a le trata rău.

O. Vogt (din Berlin) nu înţelege pentru ce Janet nu vorbeşte şi de emoţiunile expansive, plăcute cari pot avea un rol patologic (în perversiunile sexuale sau în isterie spre exemplu) sau pot face să dispară unele fenomene patologice. De asemenea nu crede ca reacţiile ce urmează emoţia sunt totdeauna inutile. Atacurile de somn isteric pot preserva sistemul nervos. Mai crede ca în efectele emoţiunei trebue să distingem 2 categorii de fenomene, unele active ce pot varia ca intensitate şi pot apare brusc. Altele pasive, fenomene de epuizare.

Janet crede că emoţiunile excitante nu determină fenomene patologice iar emoţiunile depresive nu produc în general de cât desordine.

G. Dumas crede că Janet a exagerat caracterul de desadaptaţiune al emoţiunilor. In mânie, în surpriză, în mirare se pot găsi fenomene de adaptaţiune utilă.

Janet admite că în unele cazuri adaptaţiunea nu e cu totul anihilată şi alte-ori individul poate trage un oare-care profit din turburările ce prezintă. Crede totuşi, ca în general, chiar în cazul mâniei, individul s'ar apăra mai bine dacă ar păstra sângele rece.

Ballet încheie spunând că d-sa crede că toţi membrii societăţilor sunt de acord asupra a 2 puncte: 1. Că emoţiunea trebue să fie considerată ca un fenomen primitiv psihologic.

2. Că există 2 categorii de emoţiuni: emoţiuni subite şi bruşte, emoţiune „choc“ şi emoţiuni lente şi durabile cari în definitiv se rezolvă în simple stări afective.

Hallion consacră un raport *problemelor fiziologice* ale emoţiunei.

Autorul înţelege prin reacţiuni emoţionale totalul fenomenelor trecătoare ce urmează de aproape, cu fatalitatea de evoluţiune a reflexelor „chocului“ emoţional.

Cât pentru urmările mai mult sau mai puțin îndepărtate acestea fac parte, propriu zis, vorbind din domeniul patologic.

Cu cât traumatismul psihic ce a determinat emoția a fost mai intens și mai brusc cu atât efectele sunt mai accentuate, mai difuze, mai dezordonate ca și când descărcarea nervoasă și ar face drumul prin traecte neobicinuite. Dacă excitația e moderată, stimulațiunea generală ce determină poate fi utilă, înlesnind acomodarea organizmului la împrejurările neobicinuite în care e pus. Excitația puternică determină din contra epuizarea sistemului nervos.

In ce privește raportul dintre calitatea emoțiunei și efectele ei în afară de expresiunea mimicei nu pare a exista un raport constant. Acest raport pare a lipsi în general pentru reacțiile cardiace, vazomotorii și respiratorii. Totuși unele emoții au mai ales o tendință depresivă pe când la altele tendința e excitantă fără a se putea preciza întru cât această tendință e în raport cu procesul inițial.

Reacțiunile emoționale sunt în general, *incoordinate* neregulate de și punând în joc mecanisme automatice prestabilite, fie-care din acestea reacționează în felu-său propriu.

Voința e în general fără acțiune asupra reacțiunilor emoționale odată deslănțuite. Ea poate să le mascheze opunându-le o sforțare antagonistă.

Dar aceasta nu face de cât să mărească fenomenele de epuizare. De aceea emoțiunile înăbușite sânt mai vătămătoare de cât acelea al căror curs e lăsat liber.

Reacțiunile emoționale când sunt puternice, modificările circulației cerebrale mai cu seamă, pot avea un răsunet secundar asupra creerului modificând evoluțiunea emoțiunei ce le-a produs.

Dar autorul exclude posibilitatea admisă de James și Lange că starea psihică emotivă e ea însăși rezultanta reacțiunilor vazomotorii sau a altor reacțiuni somatice.

Autorul ridică în fine un număr de probleme de cel mai mare interes fără însă a le discuta fiind de părere că soluția lor aparține observațiunei clinice.

Iată aceste probleme:

Cari sunt rațiunile fiziologice a diferențelor în reacțiile emoționale cari cu toate că variază mult ca natură și intensitate, prezintă totuși un anumit tip, la un individ dat?

In geneza acestor deosebiri care e partea datorită emoțiunilor anterioare cari au putut impune sistemului nervos un fel de obicinuință?

Repetițiunea emoțiunilor nu deșteaptă — după cazuri, imunitatea ce rezultă dintr'un exercițiu proporțional cu forța organului sau micșorarea rezistenței pe care o provoca surmenagiul?

C. PARHON

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

Şedinţa din 10 Februarie 1910. Preşidenţia lui Souques

E. LONG. — **Deux observations anatomo-cliniques de syndrome thalamique.** In prima observaţie un bolnav de 70 ani, atins de o hemiplegie stângă, a cărui fenomene motorii s'au amendat fără a lăsa starea spasmotică; nu era clonus nu era Babinski; se notează însă o hemianestezie stângă, hemiataxie, astereognosie şi crise dureroase în membrele stângi. La necropsie s'a găsit un focar în segmentul retro-lenticular a capsulei interne, interesând partea posterioară a nucleului extern a păturei optice şi partea centrală a pulvinarului; un alt focar ocupa substanţa albă a lui girus supramarginalis.

O a doua observaţie de sindrom talamic la care s'a adăogat în urmă o hemianopsie bilaterală şi turburări de echilibru. La necropsie focare multiple de ramolisment ocupând cei doi lobi occipitali, partea centrală a hemisferului stâng, protuberanţa şi creerişul. Sindromul talamic ţinea la o leziune interesând nucleul extrem a lui talamus şi pulvinarul. Se găsesc fibre lesate în coroana radiată.

Aceste două observaţii confirmă concepţia sindromului talamic aşa cum a fost stabilită de Déjerine şi elevii săi. Mai în urmă intră în consideraţiuni asupra mecanizmului fiziologic al acestui sindrom.

BABINSKI. — **Hypotonicité musculaire et réaction de dégénérescence.** Prezintă un bolnav cu paralizie facială, ce prezinta în muşchi DR, şi cari îşi conservau totuşi tonicitatea lor. Autorul bănueşte că fibre nervoase asupra cărora curenţii sunt fără acţiune şi-au conservat în parte conductibilitatea şi lasă ca să treacă influxul nervos care întreţine tonicitatea muşchilor. Crede că în aceste cazuri pronosticul este bun.

A. CANTONNET. — **Cataractes chez une malade atteinte de myxoedème et de tétanie.** Spune că această asociaţie de tetanie cu mixedem nu se mai găseşte citată de cât în teza lui Jeandelize. Cataractele ar putea fi puse pe socoteală mixedemului sau tetaniei; se pare că ele pot fi atribuite mai curând la alteraţiunea paratiroidelor.

MASSARY et CHATELAIN. — **Méningo-myélite méningococcique à localisation exclusivement dorso-lombaire.** Comunicaţie publicată în *extenso* în numărul din Martie.

J. BABINSKI, A. BARRÉ et F. JARKOWSKI. — **Remarques sur la persistance de zones sensibles à topographie radiculaire dans des paraplégies médullaires avec anesthésie.** Autorii conchid că în unele paraplegie medulare, există sub zonele complect sau aproape complect anesteziate, zone în care sensibilitatea este conservată; că aceste domenii sunt în rădăcinele sacrate; că acest fapt constitue un nou argument în favoarea ideii că turburările de sensibilitate datorite leziunelor medulare se prezintă sub forma radiculară; că această zonă sensibilă permite să afirmăm că leziunea medulară nu interesează măduva în toată întinderea sa transversală.

A. SOUQUES. — **Abolition de certains réflexes cutanés dans la sclérose en plaques.** Crede contrar opiunilor în curs, că reflexele cutanate obicinuite sunt abolite în marea majoritate a cazurilor de scleroză în plăci.

RAVIART, HANNARD et GAYET. — **Vingt-Cinq observations de paralysies conjugales.** In asemenea cazuri rolul sifilisului se pare considerabil.

NOICA. — **Nouveaux détails sur le mécanisme de la contracture spasmodique chez les hémiplégiques.** Contractura este în raport cu prezența mișcărei asociate spasmotice, coincidând cu dispariția mai mult sau mai puțin complectă a mișcărei voluntare.

BELUGOU. — **Mercure et tabès** (de La Malou). Mercurul trebue menținut în tabes, și tratamentul făcut mult timp și intensiv. Dacă după mai multe încercări starea devine proastă și simptomele se accentuiază, mercurul trebuește suprimat.

BERTOLOTTI. — **Etude radiographique de la base du crâne sur certains aveugles** (de Turin). Din cercetările sale crede că se poate afirma existența unor alterațiuni foarte grave la baza craniului, afară de ori ce alterațiune somatică exterioară și fapt important de semnalat, e că se găsesc aceste alterațiuni latente numai la tinerii atinși de atrofia papilei în urma nevrite optice. C. I. URECHIA

Reviste și publicațiuni streine

Bacteriologie

A. FONTES. — **Etude sur la tuberculose** *(Memorias do Instituto Oswaldo,* Rio de Janeiro, t. 1, 1909, p. 51—68 *d. Bullet. Inst. Past.* No. 9). Pentru a dovedi că acidoresistența bacililor tuberculoși nu e datorită cerei, colorează bacilii degresați cu fuchsină la cald, cristal-violet, lugol, decolorare cu alcool acetonă și recolorare cu albastru de Metilen. Bacilii tuberculoși rămân colorați în roș și conțin granulații violete cu mare afinitate pentru Gram. Paratuberculoșii sunt violeți și cu granulații condensate. Căutând cauza dispariției bacililor în spută și găsirea numai de granulații acido-resistente, autorul a obținut, cu extractul de ganglioni tuberculoși caseificați, dezagregarea și dispariția complectă a bacililor din spută. Extractul își pierde această proprietate prin încălzire la 65—70°, nu e reactivat prin ser normal precipită prin alcool, saponifică ceara extrasă din bacilii tuberculoși. M. C.

T. BIRCHER. — **Zur experimentellen Erzeugung des Struma zugleich ein Beitrag zu deren Histogenese.** (Reproducerea experimentală a gușei, contribuțiuni la histogeneza ei). *Deutsche Zeit. f. Chirurgie*. t. CIII, d. 1909, p. 276, *d. Bullet. Inst. Past.* No. 9 1910). In regiunile unde sunt gușați s'a observat în repetate rânduri că animalele și cu deosebire mamiferele, prezintă o hipertrofie a corpului tiroid. Că apa joacă un rol capital în patogenia gușei o demonstră încă odată alimentarea districtului Rupperswill cu o apă captată, care a făcut să scadă numărul gușaților de la 59 % la 2.5 % într'un timp de 23 ani. Experiențele făcute pe câini cu apa incriminată au realizat la unele animale o hipertrofie a corpului tiroid, care se prezintă cu un aspect granulos, o hiperplasie foliculară cu formațiuni mucoide. Apa sterilizată n'a realizat în nici într'un caz formațiunea difusă, ca și depozitul de pe un filtru Berkefeld, pe care se filtrase apa incriminată și care dădea totuși această hipertrofie. Autorul crede că gușa ar fi datorită unei otrăvi, contra căreia tiroidul ar reacționa prin hipertrofie.

M. C.

MARKUS RABINOVITSCH. — **Zur Aetiologie des Flecktyphus.** (Etiologia tifusului exantematic, *Arch. f. Hyg.* t LXXI, f. 4, p. 331, *d. Bullet Inst. Past.* No. 9. 2910) Cu impregnare de nitrat de argint și colorare cu Giemsa, autorul găsește în 18 cazuri de tifus exantematic, atât în splină cât și în cele-l'alte organe, bastonașe scurte, dispuse pe perechi, bastonașe pe cari le găsise și în sânge în timpul vieței în 58 cazuri. In sânge, colorați cu Gimsate, microbii se prezintă cu o zonă mediană, clară în mijlocul bastonașului. Sângele bolnavilor foarte patogen pentru animalele tinere, aglutinează microbul până la 1/2560. La animale ca și la om bacilii dispar din sânge odată cu criza

M. C.

PIGNET. — **Essais d'inoculation du typhus exantématique aux petits animaux de laboratoire.** *(Bull. Soc. Paht. anath.* t. II, 1909 p. 564 *d. Bullet. Inst. Pasteur* No. 9 1910). Epurii și cobaii, mușcați de purici culeși de pe hainele bolnavilor de tifus, au căpătat în mai mult de 60 % cazuri o afecțiune hemoragică mortală. Congestie pulmonară, simptome paraplegice, sufuziuni sanguine, etc.

M. C.

DIETERLEN. — **Untersuchungen über die im Auswurf Lungenkranker vorkommenden Tuberkelbazillen.** (Cercetări asupra bacililor tuberculoși provenind din sputele tuberculoșilor pulmonari(. *(Tub. Arb. aus dem k. Gesundheitsamt* f. 10 1910, p. 101 — 145 *d. Bullet. Inst. Pasteur* No. 9, 1910) Bacili furnizați de sputa a 50 de ftizici avansați, au arătat inclusiv origina umană a bacililor. Technica obișnuită: inocularea sub-cutană a sputei și însămânțarea splinei după 4 săptămâni pe medii cu ser glicerinat, ser neglicerinat, bulion glicerinat, inoculări de cultură pură la epure.

M. C.

WEBER et DIETERLEN. — **Untersuchungen über Tuberculin.** (Cercetări asupra tuberculinei. *Tub. Arb. d. k. Gesundheitsamte,* f. 1910, p. 217. *d. Bullet. Inst. Past.* No. 9 1910). Dacă tuberculina este titrată pe cobai, e indiferent dacă e făcută cu bacili umani sau bovini; dacă infecțiunea animalelor este realizată cu bacili bovini sau umani. Tuberculina aviară e foarte slabă. Căutarea anticorpilor în serul animalelor tuberculoase, întrebuințând technica lui Wassermann și Bruck, a arătat în mod constant prezența lor în cantitate variabilă, însă, maximum de anticorpi fiind realizat la animalele rezistente la tuberculoză.

M. C.

PAUL ANDREJEN. — **Ueber das Verhalten von Anticörpern bei der Filtration durch Kieselgur.** (Modul de a se comporta a anticorpilor în filtrațiunea prin pământ de infuzorii. *Arb. a. d. k. Gesundh.* t. XXXIII, f. 2, Ian. 1910 p. 377, *d. Bullet Inst. Pact.* No. 9 1910). Un filtru de hârtie, impregnat cu pământ de infuzorii 5 % lasă să treacă și absoarbe în mod inegal complimentul și anticorpii. Anticorpii nediluați nu pierd nimic din puterea lor după trecerea drin filtru. Alexina de cobai nediluată pierde $^{1}/_{3}$ din valoarea sa, diluată își pierde complect propritățile sale. Cărbunele animal are aceiași acțiune asupra anticorpilor și alexinei. Amboceptorii, aglutininele, tropinele se comportă în mod egal la filtrațiune, pierd $^{1}/_{3}$ din valoarea lor. Precipitinele pierd mult din valoarea lor prin filtrațiune; antigenul corespunzător nu pierde de loc sau o minimă cantitate.

M. C.

KRAUS şi VOLK. — **Weitere Beiträge zur Frage der Serumanaphylaxie,** (Noi contribuţiuni la problemul anafilaxiei serice. *Zsitschr. f. Immun. I. Orig.* t. III, 13 aout 1909, p. 299.—308, *d. Bullet. Inst. Past.* No. 9. 1910). Besredka a arătat că serul încălzit la 90°—100° are încă puterea de a *sensibiliza cobaiul,* fapt confirmat şi de Doerr, Russ, Kraus şi Volk; deci sensibilinogenul lui B. este termostabil. K. şi V. susţin mai departe că serul încălzit la 96 nu mai are nici o proprietate antianafilactică, lucru care a fost constatat şi de Besredka, când injecţiunea anafilactizantă era făcută 24 ore după injecţia antianafilactizantă. Când însă această injecţie e făcută după 4 — 6 zile, se constată că chiar serul încălzit la 100° are proprietăţi antianafilactice. M. C.

R. DOERR et RUSS. — **Studien über Anaphylaxie.** — (Studii asupra anaphilaxiei. *Zeitschr. f. Immun.* t. III, 13 nov. 1909, p. 706. *d. Bullet. Inst. Past.* No. 9 1910). Autorii remarcă că există raport direct între cantitatea de sensibilizinogen şi precipitogen într'un ser şi că sensibilizina apare şi dispare odată cu precipitina. Constată, ca şi Friedberg, diminuarea cantităţei de alexină după reacţiunea anafilactică şi rolul injecţiunei de sare în atenuare şocului anafilactic, care după aceşti autori ar împedica combinaţia precipitogenului cu precipitina. M. C.

OLOT THOMSEN. — **Untersuchungen über die Blutanaphylaxie und die Möglichkeit ihrer Anwendung in der Gerichtmedizin.** (Cercetări asupra anafilaxiei faţă de sânge şi aplicaţia la medicina legală). *Zeitschr. f. Imm. forsch.* t. III, 27 Oct., 1909, 539—557 *d. bulet. Inst. Past.* No. 9, 1910). Anafilaxia faţă de globulii roşii este specifică şi nu să poate obţine cu ser; aceasta pentru că animalul recţionează diferite la hemoglobină şi la ser. Anafilaxia nu să poate obţine de cât cu globulii aceluiaşi animal, de unde şi aplicaţiunea metoadei în medicină legală pentru petele de sânge. Important că cobaii sensibilizaţi cu globuli roşii dizolvaţi, cărora li să injectează globuli roşii întregi, după 4—5 ore posedă proprietăţi antianafilactice faţă de globulii dizolvaţi. Aceasta pentru că globulii roşii, întreg injectaţi la cobaiul sensibilizat dizolvându-se cu încetul în organizm, înlocuesc mica doză vaccinantă a lui Besredka. M. C.

HOVOTNY et SCHICK. — **Versuche über homologe und heterologe passive anaphylaxie.** (Incercări asupra anafilaxiei pasive homologă şi heterologă). *Zeitschr. f. Imm.* t. III, 13 Nov. 1909, 671 *d. bulet. Inst. Past.* No. 9, 1910. Incercăriie de anafilaxie pasivă, transmisă de la copii la cobai pentru serul de cal a dat rezultate afirmative numai în 2 cazuri din 12 pe 31 de sângeroşi. Insucces ori de câte ori încercau să transmită anafilaxia pasivă de la câne la epure. Faptul ar ţine sau de cantitatea mică de sensibilizină la om sau că transmisiunea heterologă nu să poate realiza suficient. M. C.

TH. HOLOBUTH. — **Zur Frage der Bakterien anaphylaxie** (anafilaxie microbienă. *Zeitschr. f. Imm. forschr.* I Orig. t. III, 13 nov. 1909 p. 639, *d. bulet. Inst. Past,* No. 9, 1910). Sensibilizarea cu microbi e constantă: prima injecţie o face sub pielea cobailor cu $^1/_{10}$ dintr'o oesă, microbii încălziţi la 70°, repetă injecţia 10 zile consecutiv. Injecţia de probă între 2 şi 3 săptămâni în vână 1—2 c. c. cultură în bulion în 10—15 ctm. soluție deci normală de sodă. Fenomene clasice de anafilaxie, specificitate incontestabilă; totuși a căpătat fenomene de anafiloxie cu b coli la sensibilizați cu tific; chestie de grup.

HENRY HELMHOLTZ. — **Ueber passive Uebertragung der Tuberkulin Ueberempfindlichkeit bei Meerschweinchen.** (Transmisiunea pasivă a hipersensibilității la tuberculină la cobai. (*Zeitschr. für Immun. forschr.* t. III, 24 August, 1909, 371 *bulet. Inst. Past.* No. 9, 1910). Inoculând cobai sănătoși, cu sângele cobailor tuberculoși, cărora li se făcuse injecție cu tuberculină, autorul a obținut în mod constant cutireacția pozitivă, cu maximum la a 6-a zi. A obținut aceași transmisiune a hipersensibilității, făcând o parabioză între un cobai sănătos și unul tuberculos, cărora le-a creat o cavitate peritoneală comună. M. C.

Neurologie și Psihiatrie

H. OPPENHEIN. — **Zur Lehre von Kleinhirnbrückenwinteltumor.** (Asupra tumorilor unghiului pontocerebelos). (*Neurologisches Centralblatt.* No. 7, 1910. Observațiunea unui bolnav prezentând turburări de auz la stânga, nistagmus, ataxie cerebeloasă, adiadococinezie la stânga precum și tendința de a cădea de această parte.

Bolnavul supus la o cură mercurială simptomele subiective mai ales, se ameliorează foarte mult, iar medicul care'l observa a pus la îndoială dragnosticul de tumoră a unghiului ponto-cerebelos stabilit de Oppenhein.

Indoiala părea cu atât mai justificată cu cât și reacția lui Wassermann fusese găsită pozitivă.

Totuși simptomele obiective n'au făcut de cât să progreseze, s'a adăugat dizartrie, disfagie areflexie corneană, hemipareza și hemianalgezia stângă; de asemenea dureri în regiunea occipitală dreaptă.

De notat că tratamentul mercurial pare a fi produs și de astă dată o ameliorare.

Se face o intervenție operatorie și se găsește o tumoră a unghiului ponto-cerebelos, de mărimea unui ou de găină. Bolnavul sucombă peste câte-va zile și examenul regiunei arată că tumora determinase o compresiune protuberanțială mai însemnată de partea opusă ceea-ce explică hemipareza și hemianestezia de partea tumorei (căci fibrele sensitive și motrice erau comprimate deasupra încrucișărei lor).

Efectele tratamentului mercurial ar fi datorite rezorbției hidrocefaliei.

Operația trebue făcută cât mai de timpuriu căci cu cât tumora e mai voluminoasă și traumatismul operatoriu e mai însemnat. C. PARHON

HIGIER. — **Rezidivierende Pseudotumoren des Gehrin,** (Pseudo-tumorile recidivante ale creerului). *Neurologiches-Centralblatt.* No. 7. 1910. Mai multe cazuri prezentând simptomatologia tumorelor cerebrale, simptomatologie ce dispare în urmă au justificat creerea diagnosticului — puțin cam vag de alt-fel — de pseudotumori cerebrale. In cazurile autorului fenomenele dispărute odată au recidivat în urmă pentru a dispare din nou.

Autorul discută diferitele diagnostice posibile excluzându-le cu argumente valabile. Totuși consiliază ca diagnosticul de pseudo-tumoră să fie pus cât mai rar pentru a nu se face un pseudo-diagnostic. C. PARHON

WALTHER SPILMEYER. — **Markscheidenfärbung am Gefrierschnitt.** (Colorarea melinei pe secţiunile la congelaţie). *Neurologisches Centralblatt.* No. 7. 1910. Colorând cu hematoxilina după metoda lui Heidenhein, piese fixate în formol 10°/₀ şi tăiate cu microtomul de congelaţie autorul a obţinut preparaţiuni ce pot servi pentru studiul fibrelor mielinice (de şi totuşi unele fibre fine din suprafaţa corticală nu se colorează destul de bine une-ori). Metoda poate da însă mari foloase când e vorba a studia secţiunile practicate la congelatie dintr'o singură regiune, cu mai multe metode. Rapiditatea ei constitue un alt avantagiu. C. PARHON.

G. CELSO. — **Affezione del cono midollare in seguito a rachistovainizzazione.** *Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia.* Vol. III-Marzo 1910. Un bolnav în vârstă de 39 ani e operat pentru o hernie, fiind anesteziat cu stovaină. Imediat după intervenţie rămâne cu o pareză a membrelor inferioare, cu turburări sfincteriene şi genitale; cu turburări de sensibilitate. După 40 de zile mersul devine posibil. Dar 6 luni după injecţie se poate constata încă în mod net simptomatologia leziunilor conului terminal.

E vorba de un proces toxic? de o hematomielie datorită micşorărei tensiunei intrarachidiene? de un traumatism direct prin înţepătură, a conului medular? sau de ultimul proces combinat cu cel toxic?

Autorul ridică aseste diferite chestiuni fără a putea răspunde în lipsa unor fapte ce ar putea să le rezolve într'un sens sau într'altul. C. PARHON

SANTE DE SANTIS. — **Infantelismo e mentalita infantile.** — *Rivista italiana di Nevropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia.* Fasc. 3. 1910. Observaţiunea unui caz tipic de infantilism ipotiroidian. Interesul observaţiunei îl face examenul psihic amănunţit al bolnavului din care rees faptele următoare.

1. Insuficienţa atenţiei cu desvoltarea suficientă a memoriei.
2. Lungimea timpului de reacţie (care din contra pare scurtat la imbecili)
3. Sărăcia asociaţiunilor de idei cu tendinţa a se coborî de la general la particular, de la abstract la concret.
4. Intârziere în căpătarea cunoştinţelor şcolare şi sărăcia vocabularului.
5. Insuficienţa puterei de a calcula în minte.
6. Capacitatea intelectuală la nivelul copilăriei precum reese din imposibilitatea de a da definiţiuni abstracte, din răspunsurile la chestiuni variate, din descrierile pe care le face şi în cari trece peste caractere principale notând pe altele fără importanţă, în fine din comparaţia diferitelor sale reacţiuni psihice sau cunoştinţe didactice cu acelea ale copiilor din şcoală.
7. Emotivitate uşoară unită cu flaciditatea stărilor afective, (tip. ipoafectivemotiv.) Bolnavul e fricos, alt caracter infantil.
8. Sugestibilitate şi credulitate.

Notăm în fine că autorul se ridică contra teoriei exclusiv tiroidiene a infantilismului admiţând posibilitatea şi a unor mecanisme deosebite. Crede în fine că proba unui tratament tiroidian eficace nu e suficientă pentru a admite natura ipotiroidiană a unui caz de infantilism opiniune care nu se poate admite fără rezerve.

C PARHON

EM. BENOIST. — **Un cas de sclérose en plaques ayant debuté par une fugue.** (*Soc. de méd. mentale,* Dec. 1909). Prezintă un bolnav cu sleroză în plăci a început din 1897 cu turburări mintale. La început bolnavul a căzut şi s'a rănit uşor la cap, survenind îndată după aceasta o stare de obnubilaţie crescândă şi o scurtă fugă întovărăşită de ictus hemiplegic. In urmă fenomenele s'au amendat şi bolnavul prezintă actualmente toate simptomele unei scleroze în plăci.

C. I. URECHIA

OTTO and SCOTT. — **L'action des extraits glandulaires sur la tétanie, après parathyroïdectomie.** (*New-York medical-journal,* 21 August 1909). Din experienţele lor autorii ajung la concluzia că extractul hipofisar vindecă pentru un timp tetania; că principiul activ este conţinut în lobul posterior; că între paratiroidă şi hipofisă există o acţiune de cooperaţie; că tetania ar fi datorită unei subţanţe toxice existând în sânge; că această tetanie experimentală la pisică se întovărăşeşte de parestesie, animalul ridicând labele când merge ca şi cum ele ar fi pline de apă.

C. I. URECHIA

FIRELLI. — **Il lipocrome nel sistema nervoso di epileptici e psicopatici.** (*R. Academia di medicina di Torino,* 14 Ianuar 1910). Metoda adoptată a fost fixarea în Fleming şi coloraţia cu hematoilină ferică şi Sudan III. La un epileptic de 13 ani, abundau lipocromele în celulele din scoarţa regiunilor frontală şi occipitală şi în coarnele anterioare a măduvei. La un epileptic de 28 de ani se observa acelaşi fapt şi mai intens. O asemenea dispoziţiune se mai întâlneşte şi în pelagră, psichoza puerperală, etc, Importanţa faptului e că aceste lipocrome se găsesc la indivizi tineri, pe când în stare normală o aşa abondenţă se observă mai mult la o vârstă înaintată.

C. I. URECHIA

I. TEISSIER et *A.* MOREL. — **Résultats de la recherche de la choline dans le sang des sujets hypotendus.** (*Soc. méd. hôp.*, Lyon, 9 nov. 1909). Au căutat colina în sângele a 10 bolnavi; la doi cari aveau tensiunea mai slabă, au găsit în extractul alcoolic de sânge, cristale de cloroatinat, prezentând toate caracterile sărurilor de colină.

C. I. URECHIA

U. ARCANGELI. — **Cura della tetania col cloruro di calcio.** (*Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma,* 26 Ian. 1910). Un băiat de 17 ani, bolnav de vre-o 10 ani de osteomalacie, care de doi ani s'a complicat şi cu o tetanie. Administrând 5 grame de clorur pe zi (2, 2.50, au fost insuficiente) toate fenomenele au dispărut, afară de semnul lui Chvostek. Remediul suspendat, parestesia şi contractura au reapărut. In alt caz, la un individ de 27 ani, la care bromurii şi paraganglina n'au dat nici un rezultat; administrând clorur de calciu, (5 grame pe zi), după trei zile au dispărut atacurile spontane şi semnele lui Trouseau, Hoffman, Chvostek şi exagerarea reflexelor. Efectul trebuia întreţinut. Autorul intră în consideraţiuni asupra relaţiunilor dintre calciu, aparatul tiro-paratiroidian, rachitism osteomalacic, reumatism deformant etc.

N. Pende spune că clorulul de calciu nu i-a dat nimic în epilepsie.

C. I. URECHIA

MORPURGO E. — **L'associazione delle idee nei pazzi pellagrosi.** (*Accademia medica di Padova,* 28 Ianuar, 1910). După o serie de cercetări metodice asupra psichoselor pelagroase autorul ajunge la următoarele concluziuni: 1. In fazele depresive există o restrângere a câmpului reprezentativ în raport mai mult cu afectivitatea, de cât cu o condiţiune de slăbire mintală. 2. Asociaţiile de idei se fac cu o însemnată încetineală, cu o intensă reacţiune egocentrică şi emotivă cu tendinţa la constelaţiune 3. In psichosele pelagroase predomină în general tipul asociativ predicativ şi forma de asociaţiune internă asupra celei externe. Toxina alcoolică, după cum a arătat Kräpelin, lucrează în mod cu totul opus, din acest punct de vedere.

C. I. URECHIA

G. DIALTI. — **Alterazioni degli organi in seguito ad iniezioni di estratti ipofisari.** (Nota preventivă) *R. Academia dei Fisiocritia in Siena,* 30 Ianuar 1910. Autorul a studiat pe epuri, prin injecţii de extract total de ipofisă de oaie. Examenul histologic al ipofizei arată o însemnată iperplazie al eosinofilelor şi mai în urmă modificaţiuni regresive a protoplasmei şi a nucleilor. In suprarenale o iperploazie difusă a corticalei, asociate cu focare degenerative şi de necroză. Tiroida uşor atrofiată. In glandele genitale o extraordinară iperplazie şi iperfuncţiune. In acromegalie, infantilizm distrofia adiposo-genitală, gigantizm, tumori ipofizare, găsim aproape constant aplazia şi ipofuncţiunea genitalelor, fapte ce ar putea fi puse pe socoteala ipofizei. Această legătură între ipofiză şi testicul s'ar putea explica prin teoria hormonelor (Bayliss, Starling), după, care stimulul chimic al secreţiunei ipofisare, vărsat în sânge, ar activa secreţia testiculului cu care este în legătură.

C. I. URECHIA

P. ALESSANDRINI. — **L'operazione di Förster nella paraplegia spastica.** (*Il Policlino,* fasc. 10, 1910). Asistentul profesorului Mingazzini face o revistă sintetică asupra radicotomiei propusă de Förster contra paraplegiei spastice (Zeitschr. f. osthöpad. Chir., 1908), redând pe scurt şi observaţia câtorva cazuri înainte şi după operaţie. Din puţinele intervenţii făcute până în prezent rezultatele se par încurajatoare.

G. I. URECHIA

A. SÉZARI. — **Pression astérielle et glandes surrénales chez les tuberculeux.** (*Archives des maladies du cœur,* No. 2, 1910). Autorul ajunge la concluzia că hipotensiunea arterială nu este condiţionată necesarmente de hipoepinefrie; că în unele cazuri hipertensiunea arterială, în cursul nefritelor, nu este condiţionată de hiperepinefrie dar mai aleş de barajul stabilit prin scleroasă renală.

C. I. URECHIA

Prof. C. A. CRISPOLTI. — **Intorno alla presenza del pneumococco nel secreto congiuntivale degli individui affetti da pulmonite acuta lobare.** (*Il Policlinico,* fasc. 2, 1910). După mai multe observaţiuni clinice şi experimentale ajunge la următoarele concluziuni. 1. La indivizii normali, sau la bolnavii ne atinşi de pneumococii, pneumococul se găseşte pe conjunctivă în proporţia de 2 până la

1%; este de o virulență cu totul slabă și de forme atipice. 2. Pe conjunctiva celor atinși de pneumonie acută lobară este *constant demonstrabil*, la simplul examen microscopic. Ei dispar după criză, când simbiosa cu ceilalți microbi a conjonctivei ii distruge și prevalează: 3. In cazuri la început și când ne lipsește sputa prezența și abondența lor pe conjunctiva, ar ajuta la punerea diagnosticului. 4. Foarte probabil că pneumococii vin din cavitatea nasală, urcând căile lacrimale, pentru a se înmulți pe conjunctivă. G. I. URECHIA.

Pediatrie

BAHRDT. — **Untersuchungen über das symptom der Seifenbildung u. die Ausscheidung der Basen im Darm des Säuglings.** (Cercetări asupra simptomului formațiunei de săpunuri și eliminărei de Baze în intestinul sugaciului). *(Jahrb. f. Kinderh.* Martie 1910). In scaunele săpunoase (fettseifenstühle) resorpțiunea acizilor grași superiori e diminuată (82—86%). E vorba de o diminuție a resorpțiunei în intestinul *subțire*.

De oare-ce, în scaunele săpunoase, nu se poate admite o scădere a procesului de desdoire e probabil că diminuțiunea resorpțiunei grăsimelor depinde de o altă cauză (peristaltism ?)

Cantitatea de bacterii este în scaunale săpunoase ceva mai mică.

Eliminările de azot în scaunele săpunoase sunt crescute, ceea-ce se explică printr'o creștere a secrețiunelor (Freund) retențiunea rămânând nealterată.

Cenușile și sărurile alcaline terroase sunt foarte crescute în scaunul săpunos.

Totalitatea acizilor grași superiori (acizi grași din grăsimile neutre, din săpunuri și acizi grași liberi) nu e suficientă pentru a lega bazele eliminate.

Procesul de saponificație este un proces secundar. Eliminările excesive de Baze constituesc din contra un proces activ. Creșterea eliminărilor minerale este datorită creșterei secrețiunilor intestinale sau glandulare.

De oare-ce creșterea eliminărilor de azot și de săruri se observă asemenea în scaunele lichide, bogate în acizi grași, dispeptice, ale copiilor cu dispepsii din lapte (Milehnährschoden) e natural ca să se facă o apropiere între aceste 2 forme de dispepsie.

Augmentația de secrețiune există în ambele cazuri. In formele dispeptice mai intervine și creșterea peristaltismului. Se pare că și în cazurile cu scaune tari (săpunoase) există o augmentație a peristaltismului, în special în intestinul subțire. Căci numai așa se explică micșorarea resorpțiunei de grăsimi. Bolul fecal se solidifică și se întărește în intestinul gros prin încetarea peristaltismului.

In ambele cazuri există o exagerație a eliminărilor de alcaline și de săpunuri alcaline cari din intestinul subțire se revarsă în cel gros grație creșterei peristaltismului. Iar formele dispeptice, excitațiunea peristaltismului e mai accentuată și se întinde și la intestinul gros. Astfel că în scaune se găsesc mai mulți alcalini (săruri sau săpunuri). In scaunul săpunos excitațiunea peristaltică e mai mică, și alcalinii stau mai mult timp în intestinul cel gros. Săpunurile alcaline sunt precipitate prin alcalini teroși cari, cum se știe, sunt mai cu seamă eliminați aici. Pe lângă aceasta se mai observă și o transformare a fosfaților alcalini în fosfați alcalinoteroși. Sărurile alcaline în exces precum și alcalinii din săpunuri, deveniți liberi sunt resorbiți împreună cu apa; se formează săpunurile alcaline teroase consistente.

Prin urmare cauza celor 2 forme de dispepsie este aceiaşi: formaţiunea unei şi aceleaşi substanţă iritantă pentru intestin, substanţă care e formată în cantitate variabilă şi care are o acţiune mai mult sau mai puţin puternică sau întinsă asupra intestinului, astfel că se produc turburări intestinale acute sau cronice.

GR. JACOBSON

NIEMANN. — **Über der Purinstoffwechsel des Kindes.** (Schimburile purinelor la copil). *Jahrb. f. Kinderh.* Martie 1910 p. 286.

SCHLOSS. — **Untersuchungen über den Enfluss der salze auf den Säuglinysorganismes.** (Cercetări despre influenţa sărurilor asupra organismului sugaciului). *(Jahrb. f. Kinderh)*. Martie 1910, p. 296.

GR. JACOBSON

OTAKI u. VOGT. — **Darmbakterien u. Ernährung.** (Bacterii intestinale şi nutriţie. *(Monatschr. f. Kinderh.* Febr. 1910). E vorba mai mult de o disertaţie în care se găsesc atinse mai multe probleme relative la flora intestinală şi la rolul ei. Autorul reaminteşte cercetările lui Schottelius, lui Nuttal şi Thierfelder ş. a. şi-şi pune întrebarea: ce fel de rol ar putea juca bacteriile în intestin. Arată că acest rol nu poate fi de mare importanţă în ce priveşte acţiunea digestivă a bacteriilor: Sterilitatea relativă a intestinului subţire e deja un argument de valoare în contra acestei acţiuni.

Autorii vorbesc pe urmă de acţiuninile de concurenţă ce se petrec în intestin, de acţiunea sterilizantă a hidraţilor de carbon şi de numeroase alte chestiuni ale căror legături între ele nu se prea înţeleg bine. Menţionează pe urmă lucrările lui Sittler după cari variaţiunile florei depind în primul rând de alimentaţie şi termină prin arătări personale asupra unor căţei. Din aceste cercetări reiese:

1. Că resorpţiunea de albumină se face la fel la căţeii alimentaţi cu lapte şi la cei cari primesc lapte cu gălbenuş de ou.
2. Că flora intestinală *aerobie* în *intestinul subţire* nu variează dacă adăogăm gălbenuş de ou alimentaţiunei cu lapte.

Acest memoriu este puţin clar şi nu se prea înţelege interesul acestor cercetări.

GR. JACOBSON

GALLUS. — **Bericht über die ophtalmologische Literatur 1909.** (Revista generală asupra literaturei oftalmologice din 1909). *(Monatschr. f. Kinderh.* Martie 1910.

GR. JACOBSON

BRUDZINSKI. — **De l'infection double par rougéole et scarlatine chez les enfants.** *(Arch. de med. des Enf.* Janv. 1910). Acest indigest memoriu de 35 pagini se poate rezuma în modul următor: fie că scarlatina survine la un rugeolic, fie că rugeola survine la un scarlatinos, cele 2 boale infecţioase se influenţează sau nu una pe alta. Altă concluzie nu reiese din lucrarea de faţă.

GR. JACOBSON

NOBECOUT et AMAR. — **Recherches sur l'emploi de la digitaline et de la theobromine chez l'enfant.** *(Arch. de Med. des Inf.* Janv. 1910). Reiese din această lucrare că digitalina se poate întrebuinţa şi la copiii *cu rudenţă*. Preparaţia cea mai favorabilă este soluţia de digitalină chloroformică (50 gtt = 1 miligr.) E preferabil de a se da mici doze mai multe zile la rând.

Theobromina se poate întrebuinţa la copii în doze relativ mari (1 gram la 3 ani şi jumătate), însă se poate obţine efecte de obicei şi cu doze mult mai mici.

GR. JACOBSON

DÉTRÉ. — **Des avantages et des inconvenients du séjour à la campagne pendant les moins d'été, pour les enfants de la classe ouvrière parisienne.** *(Arch. de Med. des Inf.* Ian. 1910). Toţi copiii trimişi la ţară de societăţile de binefacere nu trag un beneficiu însemnat din acest voiagiu.

Copilul profită cu atât mai puţin cu cât e mai tânăr. Inainte de 6 ani igiena defectuoasă, lipsa de supraveghere, contagiunea, fac une-ori că copilul pierde în sănătate în loc de a câştiga. Sugacii nu trebuesc nici odată trimişi cu aceste colonii şi mai cu seamă fără mamele lor. Copiii mai mari de 6 ani şi mai cu seamă copiii debili şi candidaţi la tuberculoză profită din contră foarte mult de o vilegiatură de vară.

GR. JACOBSON

BRUCH. — **Diverses complications au cours d'une scarlatine maligne.** Fapt clinic fără nici un interes.

COMBY. — **Empoisonnement saturnin chez les enfants.** Revistă generală interesantă după o lucrare a lui Jefferis Turner. (Congr. din Melbourne 1908).

GR. JACOBSON

HUTINEL. — **Le rachitisme.** *Arch. de med. des Enf.* Fevr. 1910. După o scurtă reamintire a leziunilor ce se observă la Rachitici în squelet şi în măduva osoasă (măduvă în reacţiune myeloidă) autorul îşi pune întrebarea: care e natura acestor observaţiuni? După dânsul leziunile observate nu sunt inflamatorii ci dystrofice: e vorba de o *„dystrofie evolutivă“* pe care o compară altor dystrofii ale primei copilării ca attrepsia, stările hypotrofice, anemiile, starea lymfatică lui Paltauf.

Nu ni se pare că studiul anatomic expus în această lucrare e suficient pentru a justifica concluziunile autorului. In ceea-ce priveşte comparaţiunile cu stările atrepsice etc. ele sunt cu atât mai puţin convingătoare cu cât nici pentru aceste stări nu e demonstrat că e vorbă de dystrofii evolutive.

Articolul Prof. Hutinel nu aduce la studiul patogeniei rachitismului altă contribuţie de cât o ipoteză în plus.

GR. JACOBSON

BARANNIKOW. — **De la thermo-seméiologie de la scarlatine. Essai de détermination de la température dans la scarlatine locale; descente subite de la température.** *Arch. de med. des Enf.* Febr. 1910. Sub numele de *scarlatină locală*, autorul înţelege epidemia de scarlatină *din localitate* (Kharkoff).

Cu toate că am citit acest articol cu cea mai mare atenţie mi-a fost cu neputinţă de-a înţelege exact ce a vrut să zică autorul. Pe cât am putut *ghici* el recomandă de a se studia fie-care epidemie de scarlatină în parte, stabilind curba thermică *ideală* dintr'un mare număr de cazuri. Această curbă ideală va servi pe urmă pentru a face prognosticul celorlalte cazuri, putându-se prevedea ziua în care bolnavul va ajunge la apyrexie, complicațiunile etc. Autorul dă chiar o *formulă* care ar permite de a calcula temperatura la o zi anume, dar această formulă e absolut incomprehensibilă. Restul articolului conține banalități fără interes.

GR. JACOBSON

d'ŒLSNITZ. — **Le début abdominal trompeur dans certaines maladies infantiles.** *Arch. de med. des Enf.* Febr. 1910. E vorbă de un caz de pojar cu debut abdominal simulând fenomene appendiculare (dureri la dreapta, vărsături). E de notat că fenomenele abdominale au *durat 7 zile* și numai în ziua a 7-a a apărut erupția de pojar care a fost hemoragică. Autorul reamintește că alte afecțiuni (pneumonii, amygdalite) se pot manifesta în acelaș mod, prin fenomene de debut abdominale. In unele cazuri examenul hemotologic ar putea permite un diagnostic precoce.

GR. JACOBSON

MERLE. — **Sur 2 cas de méningite cérébrospinale Eruption de taches rosées lenticulaires, influence du sérum antiméningococeique sur la marche de la température.** Fapte clinice.

GR. JACOBSON

COMBY. — **Ulcère du duodenum chez les enfants.** Scurtă revistă generală după o lucrare recentă lui Kuttner. *Arch. de med. des Enf.* Febr. 1910

GR. JACOBSON

SCHOLOSS. — **Über den Wert vierstundlicher Wägungen für die Beurtheilung des Zeistandes junger Säuglinge** (Valoarea cântăririlor din 4 în 4 ore pentru apreciarea stărei de sănătate a sugacilor). *Monatschr. f. Kinderh.* Febr. 1910.

GR. JACOBSON

GÖPPERT. — **Sammelreferat über Arbeiten aus der rhino laryngo u. otologischer Literatur** (revistă generală asupra literaturei rhino, laryngo, otologice). *Monatsch. f. Kinderh.* Febr. 1910.

GR. JACOBSON

MEYER. — **Über den Stoffwechsel bei der alimentären Dekomposition.** (Schimburile nutritive în decomposiția alimentară). *Jaheb. f. Kinder.* Aprilie 1910.

Conclusii:

1. In studiul de „alterațiunea bilanțului“ și de „Decomposiție“ se observă alterațiuni însemnate ale schimburilor minerale. Aceste alterațiuni nu se observă numai când ingestiunea de grăsimi este exagerată (Czerny) ba chiar cu o alimentație obicinuită.

2. De starea generală a copilului și mai cu seamă de caracterele scaunelor depinde felul de săruri cari sunt în deficit. In alterațiunile bilanțului se observă un bilanț negativ al calciului (și chiar al magnesiului) cât timp eliminările de săpunuri sunt predominente.

In studiul de decomposiție, când există scaune diareice, observă mai cu seamă un deficit de Alcaline.

Eliminările de Azot sunt consecința pierderilor de săruri.

3. Resorpţiunea de substanţe grase este, cât timp scaunele sunt săpunoase aproape normală; diarea o împedică mai cu seamă.

4. Ingestia de lapte de femee (din cauza sărăciei în săruri minerale şi azot) provoacă o nouă înrăutăţire bilanţului mineral şi azotos (augmentaţia sărurilor minerale eliminate prin urină şi în acelaş timp resorpţie diminuată).

5. După greutatea cazului, după un timp mai scurt sau mai lung după începerea alăptărei cu lapte de femee, se observă o scădere în deperdiţiile de azot şi de săruri, până când bilanţul devine din nou positiv.

6. Sărurile minerale se comportă, în stadiul de reparaţiune, în mod variabil, mai întâiu bilanţele de chlor şi de calciu devin positive.

7. Laptele de femee ameliorează repede retenţiunea substanţelor grase.

8. Resultatele cercetărilor schimburilor nutritive sunt în corelaţie strânsă cu modificările tabloului clinic.

GR. JACOBSON

GÖTZKY.— **Zur Kenntnis der orthotischen albuminurie.** (Despre albuminuria orthostatică). *(Jahrb. f. Kinderh.* Apr. 1910). Foarte interesant studiu clinic şi patogenic care însă nu se poate uşor analiza fiind vorba de o serie de observaţiuni personale. Acestea sunt presentate după ce autorul expune toate cercetările cari au produs pe ale sale.

Relativ la *symptomatologie,* după ce a studiat diferitele simptome acuzate de orthotici, ajunge la concluzia că probabil nici unul din aceste simptome nu aparţin albuminuriei: între copiii orthostatici se găsesc unii cari nu acuză nici un simptom, la alţii se găsesc fenomene nevropatice, manifestări scrofuloase sau chiar tuberculoase, isterice. Aceste boli determină simptomul, nu albuminuria. Autorul a găsit însă la orthotici mai des decât la ceilalţi copii hipertrofia amigdalelor sau o faringită cronică. Copiii orthotici nu au reacţionat la tuberculină (Pirquet) mai des ca cei ne orthotici.

La toţi orthoticii s'a observat dermografie. Autorul studiează pe urmă modalităţile albuminurei la aceşti bolnavi.

Când aceşti bolnavi rămâu în picioare, albuminuria creşte până la un maximum pe urmă scade şi dispare cu toată starea în picioare. Ciclul este de altmintrelea foarte variabil şi ca oră şi ca cantitate de albumină. Dacă bolnavul se culcă şi se scoală alternativ cum se întâmplă în viaţa obişnuită, albuminura se arată în poziţia sculată şi dispare în poziţia culcată.

Götzky arată rolul primordial jucat în această albuminurie de o raritate specială de albumină, preciptabilă prin acid acetic la rece (Essigsaurekörper) şi enumerează diferitele păreri despre calitatea chimică a acestui corp (nucleoalbumină, globulină, euglobulină, sare de albumină ?)

Dar urina orthoticilor mai conţine şi alte albumine. Oxaluria, phosphuturia, hipoazoturia nu sunt constante.

In ceea-ce priveşte *sedimentul* urinar, autorul crede că în cazurile de albuminurie orthotică *pură,* nu se găseşte nici odată vre-un element de origină renală. Când se găsesc astfel de elemente a intervenit un proces acut, o infecţie d. ex.

In toate albuminuriile orthostatice, albumina precipitabilă prin acid acetic la rece (essigsaure Körper) constitue albumina predominantă în cantitate.

Din contră în albuminuria provocată de *lordoza artificială* predomină *albumina* propriu zisă: Pe de altă parte, această albuminurie lordozică are o tendinţă a persista chiar dacă bolnavul e culcat horizontal.

Studiind pe urmă *patogenia*, autorul trece în revistă diferitele teorii (leziune renală minimă, nefrită toxică de origină bacilară, turburare a schimburilor nutritive, turburări circulatorii de origină vasomatoare, şi insistă ceva mai mult asupra teoriei lui Jehle.

Aci e vorba de o producere absolut mecanică a albuminuriei. După 10 minuts de lordoză artificială se poate constata în urină globule de sânge, leucociţi şi cilindri. Autorul descrie mecanismul acestei albuminurii prin lordosă, arătând că pentru producerea ei trebueşte o lordoză anume şi foarte accentuată.

Această albuminurie prin lordoză artificială, nu este de loc de comparat cu albuminuriile artritice adevărate cum reiese din ceea-ce precedă. Prin urmare trebue absolut distinsă în albuminuria prin lordoză de albuminuriile orthotice authentice.

Prognosticul albuminuriei orthotice e benin. Dar trebue considerate şi afecţiunile concomitente.

Tratamentul: a se evita răcirile: copilul trebue să fie bine îmbrăcat. Toate exerciţiile fizice sunt autorizate (când nu există nefrită).

GR. JACOBSON

Anul VI, No. 7 Iulie 1910. Volumul II.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. VICTOR GOMOIU

CHOLESTERINA

Rolul fiziologic al Cholesterinei în organismul animal (1)

(Urmare şi fine)

Odată ce tuburile au fost ast-fel preparate, se pune în fie-care dintr'ânsele câte 1 c.c. de sânge de câine, iar după cât-va timp se mai adaugă încă câte 3 c.c. Se constată atunci că hemolisa se produce în toate tuburile, afară de cele două tuburi martore, care conţin cholesterină pură şi paracholesterină.

Abderhalden şi Lecount au făcut o serie de experienţe în care au lucrat cu diferite varietăţi (forme) de cholesterină (— cholesterină de petrol, cholesterina din ou, cholesterina din oleul de mac) şi au constatat că şi acţiunea anti-hemolytică a acestora faţă de saponină, diferă enorm de acţiunea cholesterinei propriu zise.

Ei au luat mai intâi o serie de 7 tuburi: In fie-care tub au pus câte un c.c. de sânge (5°/₀) de cal şi câte 1 c.c. dintr'o soluţie de saponină 1°/₀; după aceea, în fie-care tub au pus câte o dosă din ce în ce mai mică de cholesterină de petrol: 1.0, 0.75, 05, 0.35, 0.15, 0.1,0.07. — Autorii au putut constata că hemolysa nu s'a produs în nici unul din primele şease tuburi; în cel de al 7° tub, care conţinea încă o cantitate destul de considerabilă de cholesterină, s'a produs o urmă de hemolysă.

Reproducând experienţele de mai sus, în aceleaşi condiţiuni şi cu aceleaşi dose, dar întrebuinţând cholesterina de ou (în locul celei de petrol), s'au obţinut rezultate identice.

---

(1) Vezi Revista Ştiinţelor Medicale — Iunie 1910, No, 5, pag. 527—574.

In al treilea rând de experiențe, lucrând tot în aceleași condițiuni, dar întrebuințând cholesterina din oleul de mac, s'au obținut rezultate cu totul deosebite de cele anterioare; — cu 1.0 cholesterină, hemolisa a fost nulă; iar cu 0.75, a fost aproape nulă; cu 0.5 cholesterină, s'a produs deja o urmă de hemolysă; cu 0.35, hemolysa a fost mai puternică, iar cu o cantitate de cholesterină de 0.15, hemolysa a fost complectă.

Ultimele cercetări asupra acțiunei antihemolytice a cholesterinei față de saponină, aparțin lui W. Meyerstern; rezultatul lor îl expun fără comentariŭ, fiind-că el confirmă în totul rezultatul cercetărilor anterioare:

1 c.c. sânge de berbec (5 °/₀) + 0.2 c.c. Saponină (1 °/₀) . . . . = Hemolisă compl. în 30 m.
1 c.c. „ „ + 0.2 c.c. „ + 0.1 Cholester. = Nici o hemolisă în 3 ore
1 c.c. „ „ + 0.2 c.c. „ + 0.2 „ = „ „ „ „
1 c.c. „ „ + 0.2 c.c. „ + 0.5 „ = „ „ „ „

II. In numeroasele lui experiențe asupra cholesterinei, Noguchi a studiat puterea antihemolytică a acesteia și față de **agaricină.**

El a constatat că și față de această din urmă, cholesterina are o influență destul de puternică, de oare-ce 3 m. m. c. de cholesterină sunt suficienți pentru ca să împedice acțiunea hemolysantă a 1 c. c. de agaricină.

III. Abderhalden și Lecount, au obținut aceleași rezultate experimentând asupra **solaninei.**

Aceștia au mai constatat însă că, dacă neutralizăm cholesterina, perzându-se puterea ei inhibitorie, hemolisa se produce imediat. Așa bunioară, lucrând cu o soluțiune de solanină (2 °/₀), căreia 'i s'a adăugat doze de cholesterină progresiv descrescânde, și adăugând câte 1 c. c. de sânge de capră (5 °/₀), au obținut rezultatele următoare:

1 c. c. sânge de capră (5 °/₀) + 1 c. c. Solanină (2 °/₀) + 1.00 cholesterină = hemol. aproape nulă.
1 c. c. „ „ „ + „ „ + 0.75 „ = „ „ „
1 c. c. „ „ „ + „ „ + 0.35 „ = „ „ „
1 c. c. „ „ „ + „ „ + 0.25 „ = nici o hemolysă
1 c. c. „ „ „ + „ „ + 0.15 „ = „ „ „

Neutralizând cholesterina, s'a produs însă o hemolysă complectă, absolut în toate tuburile.

După cum vedem, rezultatele obținute de Hausmann, Abderhalden și Lecount, Noguchi, în experiențele asupra cholesterinei propriu zise, asupra diferitelor forme și a derivaților cholesterinici, asupra acțiunei lor față de saponină, agaricină și solanină, putem zice că sunt absolut identice cu rezultatele obținute de Minz, Abderhalden și Lecount, Ishizaca, etc., în aceleași încercări față de veninul de cobra și de habŭ.

Ori, apropierea acestor rezultate, ne arată pe de o parte identitatea sau cel puțin analogia modului de acțiune a celor două categorii de substanțe hemolysante, iar pe de altă partè ele pun în evidență existența reală a acestei proprietăți antihemolytice, și în acelaşi timp specificitatea ei pentru un anume gen de cholesterine.

A. a — h. față de H. chimice.

In 1908, Iscovesco și Foucauld au studiat cei dintâi acțiunea antihemolytică a cholesterinei față de unele substanțe chimice—mai ales față de săpunurile de sodă și apă distilată.

Ei au arătat că apa, care în mod normal este hemolytică (printr'o modificare a echilibrului isotonic), fiind asociată cu o cantitate de cholesterină, își modifică această proprietate; — hemolysa întârzie și diminuează considerabil.

Afară de aceasta, Iscovesco și Foucauld au dovedit că săpunurile de sodă au o putere hemolytică foarte accentuată; ea se exercită chiar în doză de $^3/_{10000}$.

In urmă, tot ei au arătat că și săpunurile de sodă pierd puterea lor hemolytică dacă le adăugăm o cantitate oare-care de cholesterină.

In prima serie de experiențe, au obținut rezultatele următoare:

2 c. c. globule umane + 3 gr. oleat de sodiu 1% = hemolysă complectă.
(5%)
2 c. c. „ „ + 2 „ „ „ „ $^1/_{100}$ = „ „

După adăugarea cholesterinei, rezultatele s'au modificat:

2 c. c. globule umane + 10 gr. oleat de sodiu + 1 c. c. cholester. = nici o hemolysă
(5%) (1%) $^1/_{10}$
2 c. c. „ „ + 10 „ „ „ „ + $^1/_2$ c.c. „ 1% = „ „ „
2 c. c. „ „ + 10 „ „ „ „ + 0.003 c.c. „ „ = urmă de hemolysă

Contrar afirmărei lui Iscovesco și Foucauld, cum că soluțiunile de oleinat de sodiu care conțin cholesterină nu mai hemolysează, în același an (1908), Kurt Meyer susține că simpla adăugare de cholesterină la soluțiunile saponate nu suprimă puterea hemolytică a acestora.

In 1909, W. Meyerstern, reluând aceste cercetări, și intrebuințând ca și Meyer, preparatele Merk, a obținut rezultatele următoare:

Emulsiune 5% de erytrocyte de berbec spălate de mai multe ori.	Oleinat de sodiu 0.05% în soluție de apă sărată (ser)	Cholesterină 1% suspendată în soluție sărată (ser)	
1 c. c.	0.05 c. c. = 0.025 mg. Na. Cl.	—	= Nici o hemolysă.
1 c. c.	0.1 c. c. = 0.05 mg. Na. Cl.	—	= Hemolysă complectă
1 c. c.	0.1 c. c.	0.1 c. c.	= „ „
1 c. c.	0.1 c. c.	0.2 c. c.	= „ „
1 c. c.	0.1 c. c.	0.5 c. c.	= „ „

Punând tuburile în etuvă și controlându-le din când în când, Meyerstern a constatat că timpul joacă un rol foarte important, atât în producerea hemolysei, cât și în acțiunea antihemolytică a cholesterinei.

1 c. c. Erythrocyte de berbec + 0.1 c. c. oleinat de sodiu . . . . =
(5%) (0.05%) = Hemolysă compl.— după 125 minute.

1 c. c. Erythrocyte de berbec + 0.1 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină =
(1%)
Hemolysă compl.— după 200 minute.

1 c. c. Erythrocyte de berbec + 0.2 c. c. oleinat de sodiu . . . . =
Hemolysă compl. — după 45 minute.

1 c. c. Erythrocyte de berbec + 0.2 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină =
Hemolysă compl.— după 120 minute.

1 c. c. Erythrocyte de berbec + 0.3 c. c. oleinat de sodiu . . . . =
Hemolysă compl.— după 25 minute

1 c. c. Erythrocyte de berbec + 0.3 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină =
Hemolysă compl. — după 80 minute.

1 c. c. Erythrocyte de berbec + 0.4 c. c. oleinat de sodiu . . . . =
Hemolysă compl.— după 15 minute.

1 c. c. Erythrocyte de berbec + 0.4 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină =
Hemolysă compl.— după 45 minute.

1 c. c. Erythrocyte de berbec + 0.5 c. c. oleinat de sodiu . . . . =
Hemolysă compl.— după 10 minute.

1. c. c. Erythrocyte de berbec + 0.5 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină =
Hemolysă comp. — după 35 minute.

Mai mult, Meyerstern arată că dacă punem mai întâi cholesterina în soluție saponată, și dacă lăsăm să treacă un anumit timp iar după acea adăugăm și globulele de sânge, cu cât acest interval de timp este mai mare, cu atât crește și întârzierea în ceperea hemolysei.

Din contră, dacă după adăugarea cholesterinei (și a sărei necesare soluției), zic -- dacă se fierbe amestecul de cholesterină-săpun, se obține o suprimare evidentă a hemolysei. După cum arată rezultatele experiențelor următoare, în aceste cazuri, hemolysa nu s'a produs nici după 12 ore.

1 c. c. globule de berbec + 0.1 c. c. oleinat de sodiu . . . . =
(5°/o) (0.05°/o) Hemolysă complectă.
1 c. c. globule de berbec + 0.1 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină =
(1 °/o)
Nici o hemolysă.
1 c. c. globule de berbec + 0.2 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină =
Nici o hemolysă.
1 c. c. globule de berber + 0.3 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină =
Nici o hemolysă.
1 c. c. globule de berbec + 0.4 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină =
Nici o hemolysă.
1 c. c. globule de berbec + 0.5 c. c. oleinat de sodiu + 0.1 c. c. cholesterină —
Nici o hemolysă.

Se vede deci foarte bine că, după fierberea amestecului (săpun-cholesterină), nu s'a mai produs nici o hemolysă.

Ultimele cercetări asupra acțiunei hemolysante a săpunurilor s'au făcut acum de curând (1910), tot de Meyerstern, care a experimentat asupra oleatului și a taurocholatului de sodiu.

De alt-fel, cu această ocaziune Meyerstern a studiat felul de a se comporta al lipoidelor față de hemolysă, în genere. Pe de o parte el a experimentat cu hemolysinele vegetale (saponina), animale (veninul de cobra), chimice (oleinatul, taurocholatul de sodiu), iar pe de altă parte a arătat că și alte lipoide (lecithina, kephalinul, cerebronul) se bucură de puterea antihemolytică.

CAP. X.

EFECTELE FISIOLOGICE ALE CHOLESTERINEI

(acțiunea în vivo)

Intr-o serie de experiențe, întreprinse în 1873, Koloman Müller a constatat că soluțiunea de cholesterină, injectată în organismul unui animal, produce efecte toxice puternice și termină prin moarte.

In primele cercetări el s'a servit de o emulsiune imperfectă (cholesterina fiind insolubilă în apă), și a constatat că injecțiunea (din aceasta) făcută la câini, determina accidente imediate, datorite probabil emboliei în capilarele pulmonare.

In al doilea rând de cercetări, Müller s'a servit de o soluţiune de cholesterină zdrobită fin în glycerină şi amestecată apoi cu apă săpunită. Din acest amestec, a injectat (la câini) 8 c. c. (care conţineau 0.04 gr. de cholesterină) şi cu toate acestea animalele au suportat-o fără nici un inconvenient. Din contră, injectând o dosă de 0.045 gr. cholesterină, unele animale au murit iar altele au supravieţuit (—de alt-fel autorul nu indică talia câinilor şi nici un alt detaliu care ar putea să influenţeze asupra conclusiunilor de tras în această privinţă). Apoi, dacă câinilor care supravieţuiau li se injecta o nouă dosă de 0,045 gr. cholesterină, aceasta provoca moartea — ca şi când cholesterina din injecţiunea precedentă nu s'ar fi eliminat.

Este de notat faptul că în aceste cazuri moartea nu survine nici odată brusc, afară bine înţeles de cazurile când se întrebuinţează o emulsiune prost preparată care poate da naştere unei embolii; — de obicei accidentul începe printr'o lenevire a mişcărilor, apoi survine o adevărată paralisie care progresează treptat, iar după acea animalul cade în coma şi moare după 48 sau 96 ore, fără convulsiuni.

Bazat pe aceste rezultate, Müller credea că simptomele intoxicaţiuni biliare, (cholemice) se datoresc acumulaţiunei de cholesterină în sânge.

Cu totul contrar afirmaţiunilor lui Müller, în anul 1897, Phisalix dovedeşte că cholesterina se bucură de o mare putere antitoxică.

El a injectat unui cobay o cantitate oare care de venin de cobra, şi după acea, sub pielea aceluiaşi cobay a injectat o soluţiune eterată (2—5 c. c.) de cholesterină pură. Phisalix a constatat că această injecţiune determină o ridicare trecătoare de temperatură şi chiar puţin edem în punctul de inoculaţie, dar în acelaşi timp ea conferă o imunitate contra unei dose de venin care, în 5—6 ore, omoară cobayi martori.

De aci a dedus Phisalix că cholesterina ar lucra ca un antitoxic; această acţiune ar fi atât de puternică în cât lucrează chiar după 5—10 minute de la inocularea veninului.

Câţi-va ani mai târziu (1901), Ranson, care studiase acţiunea cholesterinei în vitro, a căutat să vadă dacă şi în vivo ea se bucură de aceaşi proprietate antihemolytică.

Pentru aceasta, el a luat 20 c. c. dintr'o soluţiune 1°/$_0$ de saponină şi 20 c. c. dintr'o soluţiune 4°/$_0$ de cholesterină în apă sărată (ser) de 0.85°/$_0$; amestecul a fost pus la etuvă, la temp. de 36°, timp de câte-va ore, iar după acea a fost filtrat. Luând 1 c. c. din acest amestec şi injectându-l la broască, a constatat că se produce o reacţiune foarte uşoară abia apreciabilă, pe când din contră, o injecţiune făcută cu aceaşi cantitate (1 c. c.) de saponină pură (tot sol. 1°/$_0$), determină o reacţiune foarte puternică şi chiar moartea animalului.

Repetând aceleaşi experienţe asupra cobayului, a constatat că sângele acestuia este şi mai sensibil faţă de saponină. Dar, dacă se injectează un amestec în care cholesterina este în cantitate mai mare de cât saponina, atunci nu se mai produce nici un fenomen morbid — chiar dacă dosa de saponină injectată ar fi mai mare de cât dosa mortală.

In 1907, Tallquist a reuşit să provoace, în mod artificial, anemia la animale — administrându-le extracte eterate şi alcoolice de botryocephal. In acelaş timp el a constatat însă că amestecul sau injecţiunile de cholesterină atenuau în mod considerabil toxicitatea acestor substanţe.

Cam în acelaş timp, Morgenroth şi Reicher au întreprins o serie de cercetări în care au căutat să vadă dacă toxolecithidele hemolytice pe cari le putem produce în vitro sunt capabile să provoace anemii, şi, dacă cholesterina are şi în vivo aceaşi facultate (putere) să împpedice sau cel puţin să diminueze anemia provocată de aceste toxolecithide.

In acest scop, autorii citaţi s'au servit în experienţele lor de iepuri de casă şi de veninul de cobra. Studiul comparativ al puterei hemolytice a acestui venin şi al toxolecithidei isolată artificial, le-a dat rezultatele următoare:

Iepurele 1. — Inainte de injecţie, avea 5.633.400 globule roşii, şi 61 hemoglobină;

— după injecţia cu 3 c. c. venin de cobra, a avut:

— după 1 zi = 5.300.000 globule, 57 hemoglobină
— „ 3 zile = 4.633.400 „ 50 „
— „ 17 „ = 4.200.000 „ 46 „

Iepurele 2. — Inainte de injecţiune = 5.600.000 globule roşii şi 70 hemoglobină;

— după injecţie cu cobralecithid (3 c. c.), a avut:

— după o oră = 4.570.000 globule şi 55 hemoglobină
— „ o zi = 4.475.000 „ „ 55 „
— „ 2 zile = 3.633.000 „ „ 44 „

Intr'o a doua serie de experienţe, Morgenroth şi Reicher au căutat să precizeze puterea protectoare (antihemolytică) a cholesterinei faţă cu aceste substanţe.

Ei au injectat, sub pielea animalului (iepure), o doză oare-care de venin de cobra şi imediat după aceea au injectat o cantitate egală dintr'o soluţiune de cholesterină. Rezultatele au fost cât se poate de favorabile animalelor injectate şi cu cholesterină; din contră, la animalele martore (inoculate numai cu venin), scăderea numărului de globule roşii (hemolysa) era îndoit şi întreit mai puternică de cât la cele dintâi.

In cursul acestor experienţe, autorii citaţi au constatat că cholesterina injectată în ţesutul celular subcutanat, nu se absorbea în întregime ci forma deposite; ori, pentru a înlătura şi acest neajuns, Morgenroth şi Reicher au întreprins o nouă serie de experienţe în care au încercat acţiunea cholesterinei administrată pe cale digestivă (prin ingestie).

Ei au făcut mai întâi o soluţiune de lecithidă de cobra — amestecând o soluţiune 1°/₀ de venin de cobra cu 16 c. c. dintr'o soluţie 5°/₀ de lecithol şi alcool methylic; amestecul se pune la etuvă, timp de 24 ore, la temp. de 37° şi apoi la refrigeraţie. După aceea, pentru a neutralisa (distruge) neurotoxina care ar exista aci, se încălzeşte amestecul, timp de o oră, la bae marină. Se ia 1 c. c. din acest amestec şi se injectează unui şoarece: dacă după injecţie animalul supravieţueşte, însemnează că soluţia (amestecul) este proprie pentru experienţe, iar din contră, dacă moare animalul, se pune din nou amestecul la bae marină şi se reîncălzeşte până când o nouă injecţie se arată incapabilă de a produce efecte mortale.

De altă parte, autorii au luat trei iepuri, cântărind fie-care cam 2.300 grame: Unuia din ei i-au dat 3 zile consecutive câte 4 grame de cholesterină şi 15 grame de ulei de olive; celui de al doilea i-a dat câte 15 grame de ulei, fără cholesterină; iar celui de al treilea, nu i-au dat nimic alt-ceva de cât hrana lui obişnuită.

A patra zi animalele au fost lăsate în repaos, iar de la a cincea zi, s'a făcut zilnic fie-căruia câte o injecţiune intravenoasă cu venin de cobra activat (toxolecithydă).

Examinându-se în fie-care zi numărul globulelor roşii şi cantitatea de hemoglobină, au constatat efectele (rezultatele) următoare:

Iepurele 1. Ziua	1	Nutriţie 15 gr. olei + 4 gr. Cholest.	= 5.422.000 glob.,	65 hemoglob.
„	2	„ 15 „ + „ „	= 5.335.000 „	64 „
„	3	„ 15 „ + „ „	= 5.433.000 „	63 „
„	4	Repaos	= 5.412.000 „	65 „
„	5	Injecţiune cu 3 c. c. toxolecithid	= 5.425.000 „	65 „
„	6	„ „ 3.5 c. c. „	= 5.412.000 „	64 „
„	7	„ „ 4.5 c. c. „	= 5.512.000 „	64 „
„	8	„ „ 4.5 c. c. „	= 5.660.000 „	62 „
„	9	„ „ 4.5 c. c. „	= 5.381.000 „	60 „
„	10	Repaos	= 5.250.000 „	58 „

Iepurele 2. Ziua	1	Nutriţie 15 gr. oleu	= 4.190.000 globule,	61 hemoglobină
„	2	„ 15 gr. „	= 4.175.000 „	59 „
„	3	„ 15 gr. „	= 4.192.000 „	60 „
„	4	Repaos	= 4.210.000 „	60 „
„	5	Injecţie 3 c. c. toxolecithid	= 4.183.000 „	60 „
„	6	„ 3.5 c. c. „	= 3.500.000 „	52 „
„	7	„ 4.5 c. c. „	= 3.400.000 „	45 „
„	8	„ 4.5 c. c, „	= 3.320.000 „	42 „
„	9	„ 4.5 c. c. „	= 2.620.000 „	25 „
„	10	Repaos	= 2.360.000 „	20 „

Iepurele 3. Ziua	1.	Nutriţie obişnuită	= 5.249.000 globule,	66 hemoglobină
„	2.	„ „	= 5.276.000 „	64 „
„	3.	„ „	= 5.255.000 „	65 „
„	4.	„ „	= 5.260.000 „	65 „
„	5.	Injecţie 3 c. c. toxolecithid	= 5.215.000 „	65 „
„	6.	„ 3.5 c c. „	= 3.683.000 „	45 „
„	7.	„ 4.5 c. c. „	= 3.600.000 „	31 „
„	8.	„ 4.5 c. c. „	= 3.233.000 „	20 „
„	9.	„ 4.5 c. c. „	= 3.120.000 „	25 „
„	10.	Repaos	= 3.000.000 „	30 „

A treia zi de experienţă, făcându-se venesecţie şi determinându-se cantitatea de cholesterină din sânge (ser), s'a găsit că serul iepurelui 1 conţinea 0.048°/₀; acel al iepurelui 2, conţinea 0,03; iar la cel de al treilea, s'a găsit numai 0.026.

Comparând deci rezultatele obţinute în experienţele pe aceste 3 cazuri, vedem că sunt cât se poate de demonstrative, aşa că nu permit aproape nici un comentariu:

Ziua 1.

Iepurele 1 Nutriţie 15 gr. oleu + 4 gr. Cholest. = 5.422.000 globule, 65 hemoglobine
„ 2 „ 15 gr. oleu . . . . = 4.190.000 „ 61 „
„ 3 „ obişnuită . . . . = 5.249.000 „ 66 „

Ziua 3.

Iepurele 1 Nutriţie 15 gr. oleu + 4 gr. cholest. = 5.433.000 glob., 63 hemogl., 0.048°/o în ser
„ 2 „ 15 gr. oleu . . . . = 4.192.000 „ 60 „ 0.03°/o „
„ 3 „ obişnuită . . . . = 5.250.000 „ 65 „ 0.026 „

Ziua 6.

Iepurele 1 Nutriţie obişn., Injecţie cu 3.5 c. c. Cabralecith. = 5.412.000 glob., 64 hemoglob.
„ 2 „ „ „ 3.5 c. c. „ = 3.500.555 „ 52 „
„ 3 „ „ „ 3.5 c. c. „ = 3.683.000 „ 45 „

Ziua 9.

Iepurele 1 „ „ „ 4.5 c. c. „ = 5.381.000 „ 60 „
„ 2 „ „ „ 4.5 c. c. „ = 2.620.000 „ 25 „
„ 3 „ „ „ 4.5 c. c. „ = 3.120.000 „ 25 „

Morgenroth şi Reicher au controlat şi în vitro puterea hemolysantă a celor trei seruri extrase în a 3-a zi de experienţă. Ei au luat 0.5 c. c. dintr'o soluţiune 0.2°/o de saponină; la aceasta au adăugat cantităţi descrescânde din cele trei seruri; iar după $^1/_2$ ore au adăugat acestui amestec o diluţiune obişnuită de sânge. Ţinând tuburile la etuvă, timp de 2 ore, la temp. de 37°, şi examinându-le au constatat rezultatele următoare:

	— de la iepurele 1,	— iepurele 2,	-- iepurele 3
0.5 c. c. saponină + 0.1 serum. (2°/o)	Nici o hemol.,	hemol. f. puternică	Urme de hemol.
0.5 c. c. „ + 0.05cc. „	— „ „ „	„ complectă	hemolysă slabă
0.5 c. c. „ + 0.025 „	— „ „ „	„ „	„ complectă
0.5 c. c. „ + 0.01 „	— „ „ „	„ „	„ „
0.5 c. c. „ + 0.005 „	— „ „ „	„ „	„ „

Aceste cercetări au fost confirmate, în 1909, de Fraser şi Gardner, cari au constatat ca reală acţiunea inhibitoare a serului câinilor nutriţi cu doze variate de cholesterină, asupra hemolysei prin saponină.

Fraser şi Gardner au mai constatat că, din cholesterina cu care s'au nutrit câinii de experienţă, numai o parte este absorbită şi trece în torentul sanguin — ca cholesterină liberă, iar restul este eliminat neschimbat. Ei au mai constatat apoi faptul foarte important că, mărind doza de cholesterină ingerată, cantitatea de cholesterină conţinută în sânge a rămas neschimbată. De aci au conchis dânşii că organismul primeşte numai atâta cholesterină cât poate prelucra.

De altfel încă din 1906, deci înaintea lui Morgenroth şi Reicher şi a lui Fraser,—Gardner şi Pribram făcuseră o serie de experienţe, în urma cărora ajunsese la aceleaşi concluziuni ca şi autorii citaţi, şi anume:

Că cholesterina se absoarbe mai bine prin calea digestivă de cât prin calea subcutantă (injecţii);

Că, după absorbţie, cholesterina trece în sânge în stare liberă şi nu sub forma de compuşi;

Că serul animalelor nutrite cu cholesterină se bucură de proprietatea antihemolytică.

Pribram s'a servit de 2 iepuri de casă: Unuia din ei i-a scos mai întâi o cantitate de ser şi după aceea i-a dat zilnic câte 1 gram de cholesterină suspendată în 15 grame oleu de olive, pe care le-a amestecat în mâncare; a patra zi a lăsat animalul în repaos (i-a dat numai mâncare obişnuită) iar a cincea zi i-a extras o nouă cantitate de serum. Pe cel de al doilea iepure, fără a-i mai scoate ser, l-a nutrit tot trei zile consecutive dar numai cu oleu de olive fără cholesterină; a patra zi i-a dat mâncare fără ulei, iar a cincea zi i-a scos şi acestuia o cantitate de ser. Cu aceste trei seruri, Pribram a făcut o serie de experienţe în vitro, căutând să vadă acţiunea inhibitorie (protectoare) a fie-căruia — faţă de hemolisa produsă de saponină.

Intr'o primă serie de experienţe el a încercat acţiunea saponinei asupra sângelui de iepure ($5^0/_0$) în soluţiuni variabile de apă sărată (ser), şi a obţinut rezultatele următoare:

2 c. c.	sânge ($5^0/_0$)	+ 1 c. c.	saponină	$0.01^0/_0$	+ 0.5	soluţie (0.85)	sărată	=	Hemol.	complectă imediat
2 c. c.	„	+ 0.5 c. c.	„	0.01	+ 0.75	„	„	=	„	aproape totală
2 c. c.	„	+ 0.25 c. c.	„	0.01	+ 0.9	„	„	=	„	„ „
2 c. c.	„	+ 0.1 c. c.	„	0.01	+ 0.5	„	„	=	„	după 10 minute
2 c. c.	„	+ 1 c. c.	„	0.001	+ 0.75	„	„	=	„	„ „ „
2 c. c.	„	+ 0.5 c. c.	„	0.001	+ 0.9	„	„	=	„	„ „ „
2 c. c.	„	+ 0.25 c. c.	„	0.001	+ 0.9	„	„	=	„	„ 24 ore

In al doilea rând de experienţe a întrebuinţat aceaşi dosă de sânge, în cantităţi tot variabile de ser fisiologic (soluţie sărată) şi asupra lui a făcut să lucreze o cantitate constantă de saponină pe care a amestecat-o cu cantităţi variabile din serul primului iepure — luat înainte de nutriţia cu cholesterină — deci, cu serum normal:

2 c. c. Sânge defibrin. + 0.25 Soluţie sărată + 0.5 Saponină 0.01 ‰ + 0.5 ser de iepure (normal) = Hemolysa imediat totală

2 c. c. „ + 0.4 c.c. „ + 0.5 „ „ + 0.25 „ = Hemolysă imediat totală

2 c. c. „ + 0.35 c.c. „ + 0.5 „ 0.01 ‰ + 0.1 „ = Hemolysă imediat totală

2 c. c. „ + 0.05 c.c. „ + 0.5 „ „ + 0.05 „ = Hemolysă imediat totală

2 c. c. „ + 0.05 c.c. „ + 0.5 „ „ + 2. c. c. „ = Hemolysă după 24 ore

Repetând aceleaşi experienţe, dar lucrând cu ser de la iepurele al doilea — acel nutrit numai cu oleu de olive, a obţinut cam aceleaşi rezultate:

2 c. c. Sânge + 0.25 Soluţie sărată + 9.5 Saponină + 0.25 ser (oleisat) = Hemolysă după 10 m.

2 c. c. + 0.25 „ + 0.5 „ + 0.1 „ = „ compl. imed.

Din contră, făcându-se aceleaşi experienţe, dar cu ser luat a patra zi, de la iepurile nutrit cu cholesterină, s'au obţinut rezultate mult diferite:

2 c. c. Sânge + 0.85 sol. sărată + 0.5 Saponină 0.01 % + 0.5 ser (cholesterinisat) = Hemolysă după 24 ore

2 c. c. „ + 0.75 c. c. „ + 0.5 c. c. „ „ + 0.25 c. c. (cholesterinisat) = Hemolysă după 24 ore

2 c. c. „ + 0.4 c. c. „ + 0.5 c. c. „ „ + 0.1 c, c. (cholesterinisat) = Hemolysă după câte-va ore

2 c. c. „ + 0.35 c. c. „ + 0.5 c. c, „ „ + 0.05 c. c. (cholesterinisat) = Hemolysă după ½ ore

Experienţele de control, aşa primitive cum am putut să le fac — lipsite de toate detaliile de technică indispensabile — 'mi au arătat că rezultatele obţinute, considerate global, sunt reale; nu li se poate pretinde însă o rigurositate matematică, de oare-ce ele sunt supuse influenţei atâtor cauze pe care le-am enumerat deja. Insăşi reacţiunea generală în unele împrejurări diferă cu totul de la un cas la altul; pe când la unele animale constatăm o ascensie termică marcată, frequenţa pulsului, oare-care violenţă a bătăilor cardiace, uşoară agitaţie, etc., din contră la altele nu observăm aproape nici unul din aceste fenomene.

CAP. XI.

DESTINUL CHOLESTERINEI IN ORGANISM

Mult timp autorii cei vechi — începând cu Flint (1862), şi apoi Boudet, Müller, Troost, etc. până în 1876 — au considerat cholesterina ca un simplu produs de desasimilare al sistemului nervos; acest produs, odată devărsat în sânge, ar fi extras (cules) de către ficat şi de aci ar trece în bilă iar apoi în intestin, pentru a fi eliminat împreună cu materiile fecale — sub forma de serolină (Boudet) ori stercorină (Flint), koprosterină.

Abia în 1875, Krusenstern şi apoi Benecke, atribue cholesterinei oare-care importanţă — susţinând că aceasta ar lua parte la formaţiunea părţilor elementare a celulelor, în special a protoplasmei, şi deci — la formarea ţesuturilor.

In sprijinul acestei păreri, Benecke aduce: — abondenţa cholesterinei în seminţele plantelor; sporirea cholesterinei la creşterea plantelor; abondenţa ei în gălbenuşul de ou, bogăţia extra-ordinară în substanţa nervoasă şi în globulele sângelui.

In 1897, resumând cunoştinţele timpului, Dastre atribue cholesterinei un dublu rol: — de constituţiune, şi de desasimilaţiune. Prezenţa ei în economie, în părţile tinere (animale sau vegetale), în ţesuturile pe cale de formaţiune, în globulele sanguine, etc. etc. obligă a o considera ca un element constituant al protoplasmei. Pe de altă parte, cholesterina este evident un produs de dezasimilare; ficatul este emonctoirul acesteia; iar odată trecută împreună cu bila în intestin, ea urmează traectul acestuia fără să fie obiectul unei reabsorbţii sensibile şi este expulsată cu fecalele. In acest sens, zice Dastre, ea ar fi unul din martorii şi unul din termenii desasimilărei nutritive a ţesuturilor.

Am văzut că tocmai în 1897 Phisalix a semnalat proprietatea antitoxică a cholesterinei, iar în 1901 Ranson a dovedit puterea ei antihemolytică. Am văzut iarăşi că acestor descoperiri au urmat o serie de cercetări de care se leagă numele lui Noguchi Hydrio, Vincent (1902), Landsteiner şi Eisler (1904), Hansmann (1905), Salkowsky (1906), Faust şi Tallquist, Cernovodeanu şi Henri (1907), Iscovesco, Kyes şi Sachs, Minz (1908), Abderhalden şi Le Count, Meyerstern (1909), etc., etc. Aceste cercetări au făcut să reiese rolul capital pe care'l joacă cholesterina din serul sanguin — ca agent de apărare contra substanţelor hemolytice introduse din afară sau produse în organism.

De alt-fel chiar D-l **Minovici** 1) atribue cholesterinei un rol general de protector al organismului, fără să explice mecanismul intim al acţiunei.

Ori, dacă ne reamintim ceea-ce am arătat în cap. VIII — când am studiat origina cholesterinei, modul ei de formaţiune în organismul animal — ne va fi mult mai uşor ca să urmărim diferitele ei transformări şi funcţiunile pe care le îndeplineşte aci.

Am văzut în cap. II că cholesterina există, în mod normal, în toate ţesuturile noastre, iar în cap. VIII am arătat — lucru pe care nu'l ştiau cei vechi — că în organismul nostru există mai multe feluri de cholesterină; — că unele cholesterine se introduc din afară, iar altele se fabrică în organism, etc.

Din totalitatea cunoştinţelor dobândite până aci reiese deci destul de clar că cholesterina este un element constituant — că ia parte la formaţiunea elementelor anatomice; — că o parte din cholesterina organismului (acea purtată de curentul sanguin) îndeplineşte rolul de apărător (antitoxic, antihemolytic) faţă de hemolyticile ajunse în sânge; — iar altă parte (acea eliminată cu bila), serveşte în acelaşi scop, intervenind direct în actul digestiunei.

Cholesterina constituant şi produs de desasimilare.

Faptul că cholesterina se găseşte în toate ţesuturile, în toate celulele, ar fi suficient să ne încredinţeze că cholesterina face parte inerentă din constituţia fie cărui element, şi am arătat că în serul sângelui ea este în stare liberă iar în celule este fixată. Lăsând la oparte chiar afirmaţiunile lui **Krusenstern**, **Benecke**, **Dastre**, etc., dar chiar în 1909, **Doré** şi **Gardner** arată că cholesterina este o parte constituantă a tutulor celulelor, şi că, după distrugerea lor, ea ar servi la facerea altora noi.

Dar, mai mult de cât aceasta, în 1900, studiind permeabilitatea straturilor mărginaşe ale celulelor faţă de coloranţii vitali, **Overton** a constatat că aceşti coloranţi erau insolubili în oleuri, în grăsimi, cum şi în acizii graşi, dar că erau solubili în lecithină, în cholesterină şi în genere în toate lipoidele; de aci a făcut el de-

---

1) S. **Minovici** — Loco citato.

ducţiunea foarte importantă că lipoidele şi ca atare şi cholesterina intră în bună parte în formaţiunea acestor pături celulare periferice.

De asemenea, Nathanson a susţinut că membrana plasmatică ar fi formată dintr'un fel de mosaic, în care o parte ar fi constituită din cholesterină (impermeabilă la apă) iar alta — dintr'o substanţă protoplastică care are toate proprietăţile unei membrane semipermeabile a lui Traube.

In sfârşit, în 1905, Pascucci a dovedit în mod experimental acest fapt: el a luat fire de mătase, pe care le-a impregnat cu un amestec de lecithină şi cholesterină şi a obţinut atare membrane, pe care le-a studiat din punct de vedere al permeabilităţei lor.

Dacă la cele expuse până aci, mai adăugăm faptul semnalat (la vegetale) de Obermüller, Schulze, Barbieri — că cholesterina sporeşte în timpul germinaţiunei; dacă adăugăm şi observaţiunea lui Houguenenq şi Doyon — că cholesterina apare totdauna acolo unde este vorba de o activitate celulară, la ţesuturile în formaţiune, nu mai încape nici o îndoială că cholesterina este un constituant al celulelor.

O întrebare care se naşte însă, este a şti dacă această cholesterină constituantă este introdusă din afară sau este sintetisată în organism; — dacă este fabricată numai de un anume organ, de la care să fie adusă celulelor (— cum ar fi adus oxigenul de la pulmoni), sau dacă este fabricată în fie-care element anatomic?

Chiar în cap. VIII, am arătat că nu toată cholesterina din organismul nostru este introdusă din afară, pentru motivul că: cantitatea de cholesterină introdusă cu alimentele este mai mică de cât acea pe care o conţin în mod normal ţesuturile corpului nostru; afară de aceasta, Pribram, Fraser şi Gardner, au nutrit animale cu cholesterină pură şi cu toate acestea cantitatea din ţesuturi (din sânge) n'a fost prea mult influenţată în raport cu cantitatea introdusă.

Voi arăta mai departe că în adevăr organismul primeşte, prin absorbţie, o cantitate oare-care de cholesterină, din alimentele digerate; această cholesterină, primită sub forma de ergo-sito-fungisterină, etc., este transformată de ficat în cholesterină, sub forma cu care o găsim în bilă.

Aşa fiind, este foarte probabil că restul de cholesterină provine ca şi cele alte lipoide, fie din grăsime (— prin distrugerea lor) cum susţin Houguenenq şi Doyon, fie prin reducerea albuminoidelor (Duranton).

Ellis şi Gardner, constatând că există apoape aceaşi cantitate de cholesterină în ouă ca şi în embrionii în desvoltare, au tras conclusiunea că cholesterina nu se sintetisează în organism. Această concluziune pare însă prea puţin fondată, fiind-că: pe de oparte, am văzut că cholesterina există şi la animalele hibernante, există şi la animalele nenutrite, etc., iar pe de altă parte, stabilitatea cantităţei de cholesterină în organism, este aproape ceva caracteristic (—vezi mai sus, Pribram, Fraser şi Gardner). Dar, dacă nu poate fi vorba de o adevărată syntesă a cholesterinei în organizm, ea este totuşi rezultatul unui proces de transformare.

Sediul acestui proces de transformare nu poate însă să fie numai ficatul. In adevăr, lăsând la oparte constatarea veche a lui Flint, că sângele din vena jugulară conţinea mai multă cholesterină ca cel din artera carotidă; lăsând la oparte chiar cea-l'altă constatare a lui Flint — că vena suprahepatică nu conţine cholesterină (-fiind-că după cercetările mele nici această observaţie nu este tot-d'a-una riguros exactă), ne rămân în prezenţă constatările citate ale lui Pribram, Fraser şi Gardner, cari au dovedit că cholesterina pură adusă la ficat nu influenţează de cât pe cea din sânge, trecând direct în sânge în stare liberă, fără să mărească pe cea din ficat.

Rezultă deci că, alături de cholesterina primită din sânge, fie-care ţesut (celule) îşi fabrică cholesterina lui — în cantitate diferită, aşa cum o găsim.

Apoi, faptul dovedit — că în majoritatea cazurilor cholesterina se găseşte fixată, făcând parte din celulă însăşi — alăturat la constatarea făcută de unii autori (Fränkel) care au găsit chiar în creer cholesterina în stare liberă, ne îndreptăţeşte în deajuns să credem că cholesterina liberă din sânge este în mare parte rezultatul unui proces de desasimilare, — este ultimul produs al procesului de transformare celulară a substanţelor cholesterinice. Existenţa în acelaşi ţesut (epiderm) a mai multor varietăţi de cholesterină (cholesterină propriu zisă, isocholesterină, oxicholesterină, eteri cholesterinici, etc.), care par să nu fie de cât grade diferite de transformări, rezultat al aceleiaşi activităţi celulare — zic, această constatare făcută de Unna şi Golodetz, pare să confirme teoria de mai sus.

Rezultă deci, din cele arătate până aci, că Bouchard avea multă dreptate când spunea că ţesuturile iau cholesterina lor din sânge, şi o fabrică pentru a o da sângelui, sau, cum zicea Dastre:

cholesterina este unul din martorii şi unul din termenii deszasimilărei nutritive a ţesuturilor.

Cholesterina absorbant şi antitoxic.

Am zis că toată cholesterina (introdusă în organizm cu alimentele) se transformă, fiind-că nici odată nu o găsim în materiile fecale sub aceaşi formă sub care a fost introdusă.

Apoi, este foarte probabil—putem zice, chiar sigur—că această transformare se operează în ficat, de oare-ce produsul de transformare—cholesterina din fecale, se prezintă totdeauna sub aceaşi formă — koprosterina sau stercorina, ori-care ar fi fost forma sub care am fi introdus-o în tubul digestiv.

Afară de aceasta, cholesterina ficatului mai este adusă şi de artera hepatică şi mai ales, o parte din aceasta provine din destrucţiunea globulelor roşii (a erytrocytelor).

Ast-fel fabricată sau isolată de ficat, cholesterina trece în bilă, unde se găseşte în soluţiune în sărurile biliare, iar de aci este devărsată în intestin.

După Dastre, cholesterina ajunsă în intestin, ar urma traiectul acestuia fără să fie obiectul vre-unei reabsorbţii sensibile şi este expulsată cu fecalele.
Această afirmaţiune nu este însă exactă.

Kusumoto a dovedit că în fecalele câinilor nutriţi cu carne, se găseşte o cantitate de cholesterină mai mică de cât cantitatea introdusă cu alimentele; o parte din aceasta s'a pierdut deci în trecerea prin pereţii intestinului. Obiecţiunea ce 'i s'a adus—că cholesterina (cantitatea pierdută) nu s'ar absorbi ci s'ar distruge prin putrezire, iar nu este exactă fiind-că experienţele lui Pribram, Morgenroth şi Reicher, pe care le-am expus în cap. X (când am vorbit de efectele fiziologice ale cholesterinei) dovedesc îndeajuns că cel puţin o parte din cholesterina cu care au fost nutrite animalele, s'a absorbit şi a trecut în sânge, protegindu-l contra hemolysei saponinice.

Mai mult încă, Fraser şi Gardner, şi experienţele mele de control au arătat că, nutrind cobaii şi căţeii numai cu cholesterină pură, fără nici un alt aliment, o parte din cholesterină este absorbită şi măreşte cantitatea din sânge, pe când restul este eliminat; deci, cholesterina nu putrezeşte.

Doré și Gardner au arătat și ei că nu toată cholesterina din bilă trece în fecale, ci o parte din aceasta se reabsoarbe în intestin împreună cu sărurile biliare sau că se transformă în coprosterină, prin acțiunea bacteriilor.

In ceea-ce privește această acțiune a bacteriilor, se poate ca ele să aibe vre-un rol oare-care de oare-ce am văzut că agrosterina sau agrosterolul, extras de Schrenier și Shorey din pământul de la Nordakota, era atribuită unei acțiuni chimice a micro-organizmelor asupra altor substanțe. Pe de altă parte, vom vedea în capitolul următor, vorbind de efectele pathologice, că bacteriile fac să precipite cholesterina și provoacă formarea calculilor biliari (Galippe, Letienne, Dominici, Naunyn, Gilbert, Gerard, Bacmeister, Duranton, etc.) dar nici odată nu s'a constatat formațiunea koprosterinei în vitro.

Există niște observațiuni, rezultat al unor experiențe ale lui Faust și Tallquist, care prezintă o importanță capitală prin faptul că certificarea lor permite să explicăm rolul și modul de acțiune al cholesterinei aci în intestin. Cercetând origina anemiei botriocefalice, aceștia au constatat că substanța hemolysantă din lipoidul botriocephalic este acidul oleic. Tot ei au găsit la început, și cercetările mele de control au confirmat faptul, că pereții intestinali (în mod normal) conțin o cantitate de eteri cholesterinici și poate chiar cholesterină pură, fiind-că 'mi au dat reacțiunile colorante caracteristice acesteia.

Afară de acestea, Faust și Tallquist au mai făcut două constatări importante și anume: după nutriția unui câine cu eteri cholesterinici sintetici, au găsit în chilul acestuia acid oleic, dar n'au găsit cholesterină, care se găsea în fecale; nutrind animalul cu acid oleic pur, au găsit atât în chil cât și în sângele acestuia, acid oleic liber. Prin urmare, acțiunea anemizândă și hemolizândă intestinală se explică printr'o resorbție exagerată a săpunurilor acidului oleic care s'ar forma aci, și care, după cercetările lui Winterstein s'a arătat a fi cel mai puternic hemolytic.

Ori, știut fiind faptul (din cap. V, proprietăți chimice) că cholesterina poate face atâtea combinațiuni cu acizii și poate da naștere atâtor și atâtor compuși; apoi, dat fiind că zilnic noi ingerăm cantități însemnate de grăsimi și de săpunuri, care prin natura lor sunt foarte hemolytice; dat fiind formațiunea locală de diferite săruri și săpunuri hemolytice — prin contactul grăsimilor cu acizii și sărurile biliare; dat fiind acţiunea hemolytică a unora din aceste săruri, ca taurocholatul de sodiu, etc.; şi, dacă la cele ce am arătat aci mai apropiem şi experienţele citate, ale lui Iscovesco şi Foucauld, este foarte uşor şi foarte natural să vedem că o parte din cholesterina din intestin — aceea care nu se reabsoarbe — intervine în actul absorbţiunei, combinându-se cu aceste substanţe şi anihilând puterea lor toxică (hemolytică); Koprosterina în acest caz, nu este deci de cât rezultatul acestei combinaţiuni, a acestei transformări chimice; lipsa ei de identitate, semnalată de autori — koprosterină, stercorină, serolină, nu numai în ce priveşte denumirea, dar chiar ca constituţie chimică, s'ar datori poate tocmai combinaţiunilor ei diferite după împrejurări.

Lucrul acesta este cu atât mai adevărat căci, încă de mult Flint, Cetti, Uffelman, au arătat că koprosterina lipseşte din fecalele animalelor în hibernaţie, lipseşte din meconiul copiilor, al celor nemâncaţi (al postitorilor), şi chiar de la acei cari au fost nutriţi numai cu lapte. Cercetările mele de control mi-au confirmat aceste observaţiuni şi se poate spune că în genere koprosterina nu apare acolo unde n'a existat materialul care să transforme cholesterina.

La un căţeluş care după naştere a fost ţinut nemâncat până a murit de foame, n'a apărut de loc koprosterină în fecale:

Al doilea căţeluş, care a fost nutrit numai cu lapte, de asemenea pot zice că n'a avut de loc koprosterină în fecale, deşi a prezentat oare-care reacţiune abia apreciabilă;

Din contră, cel de al treilea căţeluş, căruia a 5-a şi a 6-a zi i-am introdus cu sonda în stomac câte 10 grame de oleu, a prezentat o reacţiune colorantă foarte demonstrativă care dovedea prezenţa unei cantităţi abondente de koprosterină;

Cel de al patrulea căţeluş, căruia i-am dat carne tocată şi grăsime, a eliminat de asemenea cholesterină în fecale.

Iată deci că rolul protector al cholesterinei începe chiar de aci — de la punctul de origine al motorului animal.

Cholesterina — antihemolytic, protector

Odată ajunsă în sânge, cholesterina are de îndeplinit rolul extrem de important, de a protege, a apăra elementele organismului contra acţiunei distrugătoare a diferitelor otrăvuri hemolytice.

Am văzut deja că această acţiune protectoare începe chiar din intestin, se continuă în masa sângelui, şi este foarte probabil că ea se execută, se desăvârşeşte şi în jurul fie-cărei celule din ţesuturi:

De alt-fel, nu mai încape nici o îndoială asupra existenţei reale a acestui fapt şi am văzut modul în care intervine cholesterina în actul absorbţiunei (digestiunei), apărând organismul contra acizilor graşi şi a săpunurilor hemolytice introduse din afară sau formate aci.

Apoi, în cap. IX şi X, când am studiat proprietăţile biologice ale cholesterinei (în vitro) şi efectele ei fiziologice (în vivo), am văzut că este bine demonstrat faptul că cholesterina se bucură de o mare putere antihemolytică, că cholesterina ajunsă în sângele (serul) animalului exercită o funcţiune de apărare, de protecţiune contra acţiunei hemolysantelor ajunse aci. Rămâne deci să vedem aci numai mecanismul prin care se exercită această protecţiune, această putere antihemolytică.

Ori, dacă ne reamintim faptul arătat de Overton şi demonstrat de Pascucci — că periferia celulelor şi ca atare şi a globulelor roşii, este formată din cholesterină — explicaţia faptului fiziologic devine destul de uşoară.

Aşa bunioară, se ştie că apa curată injectată direct în sânge, topeşte globulele roşii şi că această hemolysă este datorită unui fenomen de osmosă prin peretele (membrana) celulei, iar condiţiunile cerute pentru producerea acesteia se ştie că sunt: Modificarea echilibrului isotonic dintre globulul roşu şi serum, diminuarea rezistenţei globulare, prezenţa în serul sanguin a unor substanţe hemolysante.

Pe de altă parte am arătat că, dacă asociem cholesterina în injecţiunile cu apă, hemolysa nu se mai produce. Ori, după cele ce amintii mai sus, faptul acesta al împedicărei, al lipsei de hemolysă se explică prin aceea că, în acest din urmă caz, avem de o parte o membrană coloidală (membrana celulară). iar de altă parte avem un lichid pseudo-coloidal, de aceeaşi natură (apa şi cholesterina) — condiţiuni, care sunt puţin favorabile schimburilor osmotice.

Tot cam acelaşi pare să fie mecanismul de apărare şi în contra acţiunei hemolysante a unor agenţi chimici. Aşa bunioară, se ştie că acizii graşi din oleuri şi din săpunurile de sodiu au proprietatea de a topi grăsimile în genere topesc şi cholesterina. Primul act al hemolysei în aceste cazuri ar fi deci topirea periferiei (a membranei lipoidice, cholesterinice) a celulelor. Ori, de aci se înţelege bine că, cholesterina liberă din serum va neutralisa aceşti acizi formând cu ei compuşi incapabili de a topi (solva) membrana cholesterinică celulară, şi ast-fel împedică hemolysa.

Ceva mai complex pare să fie mecanismul acţiunei hemolytice a veninurilor şi procesul antihemolytic al cholesterinei contra lor.

In adevăr, am văzut că odată introduse în organism, veninurile se combină mai întâi pentru a forma toxolecithide, iar pe de altă parte Pascucci a dovedit că membranele pseudo-coloidice (de cholesterină-lecithină) pe care le-a obţinut experimental, erau distruse de către hemotoxine. Ori, atunci se pune întrebarea dacă hemolysa este produsă de toxolecithida nou formată, şi este produsă numai de ea, sau, poate că în momentul formărei toxolecithidelor, lecithina este dedublată şi dă naştere unui acid gras hemolytic?

Neuberg şi Rosenberg, iar de curând Winterstein, au constatat că în adevăr veninurile au o mare putere lipolytică asupra lecithinei, şi că, de aceeaşi proprietate se bucură şi ricinul şi veninul albinelor. Pe de altă parte, Neuberg şi Reider au găsit că şi imunserurile posedă o acţiune hemolytică şi lipolytică paralelă (care dispare însă prin încălzire la 56°). Apoi, tot aceştia au mai constatat că şi hemolysinele streptococului, meningococului, ale vibrionului holerei, etc., posedă această dublă acţiune hemo — şi lipolytică.

Pentru a putea da o explicaţiune acestui fapt, Neuberg şi Rosenberg caută analogie între acest proces biologic şi între acela ce se petrece cu serurile hemolytice, în care se admite că există două substanţe (complimentul şi amboceptorul) a căror reunire este indispensabilă pentru a determina hemolysa.

Bazaţi pe considerentele de mai sus, Neuberg, Rosenberg, Reider, Noguchi, cred că veninul şerpilor ca şi extractele de organe, graţie unei prohemolysine, dedublează grăsimile neutre cu care vin în contact şi liberează un fel de acid gras; pe acesta din urmă l'ar neutraliza cholesterina de la început.

Această explicaţiune este în adevăr destul de plausibilă; dar eu am amintit mai sus constatarea făcută de Windaus, că neutralizarea adică pierderea puterei hemolytice a saponinei în prezenţa cholesterinei, se datoreşte unei combinaţiuni directe a celor două substanţe, dând saponin-cholesterina. Ori, cercetările lui Windaus merită cu atât mai multă atenţiune întru cât el a obţinut aceleaşi rezultate experimentând şi cu digitonina şi cu phytosterina: — amestecând soluţiuni alcoolice de cholesterină ($C^{27} H^{46} O$) cu digitonină ($C^{55} H^{94} O^{28}$), a obţinut digitonincholesteridul ($C^{82} H^{140} O^{29}$); amestecând soluţiuni de phytosterină ($C^{27} H^{46} O$) cu digitonină ($C^{55} H^{94} O^{28}$), a obţinut un compus analog, ($C^{82} H^{140} O^{29}$); de asemenea phytosterina cu saponina și koprosterina cu digitonina, i-au dat compuși analogi.

Așa fiind lucrul, este foarte posibil că și aci să se petreacă vre-una din aceste combinațiuni simple din care să rezulte vre-un compus lipsit de puterea hemolytică, sau care să împedice punerea în libertate a acidului gras. De alt-fel, Landsteiner și Rambitschek, Pick și Schwartz, W. Meyerstern au stabilit că există afinități puternice între substanțele lipoide și hemolysine, dar n'au putut preciza dacă acțiunea inhibitorie a cholesterinei se datorește unei legături chimice propriu zise, cum a dovedit Windaus pentru saponină, sau că este vorba de niște simple apropieri fizice și cholesterina disolvată lucrează absorbind ori îndepărtând agentul hemolytic — așa cum a dovedit Meyerstern pentru săpunuri (seifenhämolyse).

CAP. XII.

Efectele patologice ale cholosterinei

S'ar părea ceva paradoxal a vorbi de rolul pathologic al unei substanțe care în mod normal se găsește în organism. Cu toate acestea, este astă-zi un fapt bine stabilit că cholesterina, care în mod normal formează o parte integrantă din constituția elementelor anatomice, zic, cholesterina poate la un moment dat să dea naștere unor stări morbide destul de serioase. Propriu vorbind însă, fenomenele morbide care în aparență ar fi datorite cholesterinei, nu sunt de cât manifestarea, traducerea unor stări pathologice ale organismului. Cu toate acestea, vom vedea că, direct sau indirect, cholesterina poate să dea naștere unor turburări de mare însemnătate — prin schimbarea bine înțeles a condițiunilor fiziologice care o însoțesc.

Așa bunioară, am văzut chiar în istoricul cestiunei cum A. Flint susținea că, în boalele care opresc secrețiunea ficatului, cholesterina se acumulează în sânge și în materia cerebrală și că aduce moartea.

Puțin după dânsul, Müller susține că accidentele nervoase pe care le determină supresiunea funcțiunilor ficatului, și care se întâlnesc în special în icterul grav, sunt datorite acumulărei de cholesterină în sânge; el descrie această stare sub numele de cholesteremie. Pentru ca să dovedească acest fapt, Müller a pisat cholesterina în glicerină şi după aceea a diluat această masă sirupoasă cu apă saponată; Din acest lichid în care cholesterina se găsea în suspensie (fin divisată) a luat o cantitate şi a injectat-o în vena crurală la câine. Consecutiv acestei injecţii el a constatat o îngreuiare în respiraţia animalului, imposibilitatea de a se mai mişca, şi în urmă coma şi moartea.

Teoriile atât de seducătoare ale lui Flint şi Müller, au fost primite însă cu multă rezervă de unii autori, iar cercetările ulterioare ale lui Flint şi Carter, Grollemund, Ritter, n'au putut nici să le infirme nici să le confirme definitiv.

Curând după aceea însă, Felz şi Ritter, într'o serie de experienţe au demonstrat că turburările semnalate de Flint şi Müller sunt datorite prezenţei sărurilor biliare în sânge, pe când cholesterina, isolată şi injectată, nu produce nici un fenomen toxic, nervos sau digestiv. După Pagès, chiar emoragiile pulmonare sau intestinale care s'au observat în unele cazuri (Ritter) ar fi datorite emboliilor provocate prin injecţiunea lichidului prost preparat.

Ori, cu totul contrar acestor păreri, am văzut în cap. X (când am studiat efectele fiziologice ale cholesterinei în organizm) că cholesterina se bucură tocmai de o considerabilă putere antitoxică-antihemolytică (Phisalix, Ranson, Tallquist, etc. etc.)

Experienţele proprii 'mi au arătat că augmentarea dozei de cholesterină din sânge, produsă artificial (fie prin injecţiuni subcutanate, fie prin administrarea pe cale digestivă a unei cantităţi de cholesterină pură) produce în adevăr o uşoară reacţiune generală, care se traduce prin uşoară ascensiune termică, prin accelerarea pulsului, mărirea energiei bătăilor cardiace, dar nici odată fenomenele n'au fost atât de alarmante; mai ales atunci când cholesterina a fost luată prin ingestie, n'am putut stabili nici o legătură manifestă între gradul de reacţie al animalului şi între talia sau etatea acestuia şi cantitatea de cholesterină administrată. Apoi, augmentarea cholesterinei în sânge, provoacă mai totdeauna o mărire a rezistenţei globulare — aceasta, tocmai ca un mod de apărare a organizmului, fiind-că aşa se petrec lucrurile în mod natural în icterele prin retenţiune.

De alt-fel această augmentare a cantităţei de cholesterină în sânge, poate surveni sub influenţa cauzelor celor mai diverse: Am văzut că ea poate fi mărită întru cât-va chiar sub influenţa regimului; poate creşte sub influenţa unor anume substanţe chimice, cum a constatat Kusumoto, (— o injecţie subcutanată cu 0.1 gr. toluylendiamina, la un câine de 15 kgr. provoacă mai întâi o diminuare în scurgerea bilei, după care urmează o creştere a cantităţei de cholesterină). Augmentarea aceasta poate să survină ca o consecinţă — sau în legătură cu anumite stări patologice. Aşa bunioară, Seo a arătat că la indivizii atinşi de diabet pancreatic se produce o augmentare considerabilă a cholesterinei în sânge şi în ficat; acelaşi lucru 'l a constatat la câinii cărora li s'a extirpat pancreasul.

Pighini, a constatat apariţia cholesterinei în lichidul cefalo-rachidian a unor bolnavi atinşi de maladii mintale (paralizie progresivă, epilepsie, demenţă precoce, etc.)

Dar, dacă augmentarea cantităţei de cholesterină, prin ea însăşi nu dă loc la turburări atât de grave, din contră, scăderea şi cu atât mai mult lipsa de cholesterină în anumite organe, poate da naştere la consecinţe destul de serioase.

Aşa bunioară, am văzut rolul important pe care 'l are cholesterina intervenind chiar în actul digestiunei, şi se înţelege uşor că lipsa cholesterinei poate permite producerea unei hemolyse puternice, graţie grăsimilor şi săpunurilor din intestin care rămân netransformate. Ori, tocmai aceasta este cauza turburărilor care survin după legarea canalului choledoc, şi pe care cei vechi le atribuiau revărsărei în sânge a cholesterinei.

In aceaşi ordine de idei, şi cu drept cuvânt, Iscovesco crede că anemia obesilor ar fi datorită unei insuficienţe a cantităţei de cholesterină; dovadă despre aceasta, este faptul că sângele acestor bolnavi este mai bogat în săpunuri de cât cel normal.

Mai mult încă, unii autori (Fronty) socotesc că şi anemia reumatisanţilor s'ar datori unei cauze similare; aceasta ar fi produsă prin substanţele hemolysante de origină bacteriană, care nu pot fi neutralizate din cauza insuficienţei cholesterinei. Experienţele în vitro, pe care le-am expus în cap. IX, sunt de natură a confirma această supoziţiune.

Pe lângă acea ce am arătat până aci, există încă o serie de stări maladive, datorite poate nu atât modificărei cantitative a cholesterinei, ci sunt stări morbide datorite mai ales schimbărei în forma sub care se prezintă cholesterina şi în distribuţia ei în organizm.

Am văzut că diferitele ţesuturi şi lichide din organizm conţin o anumită şi aproape constantă cantitate de cholesterină; — că în ţesuturi (celule) ea este fixată făcând oare-cum parte din constituţia lor, iar în lichide (sânge, bilă, etc.) ea este în stare liberă, în disoluţiune; în sfârşit, am văzut că drumul normal de eliminare este, pentru cea mai mare parte, tubul digestiv.

Ei bine, de şi rar, sunt totuşi cazuri când cholesterina trece în urină pentru a fi eliminată prin această cale (Eggel, Poehl) şi poate fi în stare să formeze aci adevăraţi calculi vesicali (Horbaczewski).

Alte-ori cholesterina se grămădeşte la un loc, în sânul unui ţesut, formând adevărate tumori.

Aşa bunioară am văzut că Pringsheim a găsit asemenea cantităţi mari de cholesterină grămădite într'un xantom al pielei; Mathes şi Ackermann au găsit-o în nodulul artritic, etc., etc., şi Dastre susţine chiar că toate tumorile conţin o cantitate exagerată de cholesterină.

Fuchs, a găsit adese-ori asemenea îngrămădiri de cholesterină în masa cristalinului cataractat şi prea matur.

Neumann a citat un caz din cele mai curioase, în care fosele nasale erau umplute cu un depozit de cholesterină.

Alte-ori cholesterina se precipită în cristale, din diferitele lichide ale organizmului; ea se prezintă une-ori în camera anterioară a ochiului sub forma de depozite de tablete; sau apare în corpul vitros sub forma de ace strălucitoare, etc.

După Bouchard, ori-ce deposit de cholesterină poate să fie considerat ca morbid. După Gaultier, cea mai mică depărtare de regim, capabilă de a causa o turburare în funcţionarea digestivă, determină apariţia cristatelor de cholesterină.

Starea de boală, afecţiunea cea mai frequentă, care naşte direct chiar din această precipitare a cholesterinei, este *calculosa biliară*.

Incă din 1859, Thudicum, isbit de presenţa permanentă a cholesterinei în calculii biliari, căută cel dintâi să explice modul lor de formaţiune şi emise idea că, pentru a forma calculii, cholesterina precipitată sub influenţa unor modificaţiuni chimice ale mediului.

Mai târziu Frerichs susţine că precipitarea cholesterinei s'ar datori unor alteraţiuni locale ale bilei, iar Meckel afirmă că rolul preponderent în formaţiunea calculilor biliari se datoreşte unor modificaţiuni inflamatorii ale epiteliului vesiculei biliare; — mucoasa inflamată secretă un mucus care determină o fermentaţiune a bilei, bila devine acidă şi atunci cholesterina se precipită.

In 1882, Bouchard face o întreagă teorie destul de complexă asupra formațiunei calculilor biliari. Conclusiunea lui era că, precipitarea cholesterinei se datorește nu unor alterațiuni locale ci unor modificațiuni în starea generală a organismului.

Abia în 1886 Galippe remarcă presența microorganismelor în interiorul calculilor biliari; el emise cel dintâi idea că modificațiunile chimice care determină precipitarea cholesterinei ar fi datorite acțiunei diverselor microorganisme — fapt care fu îndată confirmat de Letienne.

Cercetările ulterioare, enorm de multe, de care se leagă numele lui Naunyn, Gilbert, Dominici, Fournier, Mignot, Gerard, Kramer, Bacmeister, etc., confirmă vederile de mai sus. In 1909, Duranton face o lucrare foarte frumoasă, foarte documentată asupra condițiunilor de precipitare a cholesterinei, în care ajunge la conclusiunea că: în vitro, cea mai mare parte din microbii aerobii precipită cholesterină, și că toxinele microbiene de asemenea pot să o precipite; în vivo, stasa și infecțiunea joacă rolul principal pe când epiteliul biliar pare să aibe un rol cu totul secondar în precipitarea cholesterinei.

CAP. XII.

APLICAȚIUNI TERAPEUTICE ALE CHOLESTERINEI

Se știe că încă din 1898 Wassermann și Takaki preconizaseră, de alt-fel în mod empiric, tratamentul antitetanic prin injecțiuni de substanță cerebrală uscată, și Kracieks comunică două cazuri în care a obținut rezultate foarte bune grație acestui tratament.

Mai târziu, Vincent, în urma cercetărilor minuțioase asupra acțiunei antitetanice a bilei, a dovedit că această proprietate se datorește mai ales săpunurilor biliare și cholesterinei, iar în Iulie 1907 Almaglia și Mendès au publicat două cazuri de *tetanos* vindecate prin tratament cu cholesterină pură.

Tot în 1907, Gérard și Lemoine și apoi Iscovesco, au căutat să utilizeze proprietatea antitoxică a cholesterinei, în contra toxinei *tuberculoase*.

In acest scop, Gérard și Lemoine au făcut mai întâi o serie de experiențe pe cobai tuberculisați, și comparând rezultatele obținute la cobayi tratați prin injecțiuni sub-cutanate de cholosterină, faţă de cobayi netrataţi, au ajuns la conclusiunea că cholesterina are o acţiune inhibitorie în evoluţia procesului tuberculos.

In urmă, autorii citaţi au demonstrat această influenţă a cholesterinei chiar asupra oamenilor tuberculoşi : în urma tratamentului cholesterinic, au constatat că pofta de mâncare revine, bolnavii câştigă în greutate, forţele cresc, sudorile, tusea, expectoraţia diminează şi chiar bacilii se împuţinează, iar lesiunile pulmonare par că se uscă şi merg către cicatrisare.

Iscovesco a administrat şi el acest tratament în 8 cazuri de *tuberculosă pulmonară* şi a constatat că starea generală a bolnavilor s'a ameliorat foarte mult, anemia a dispărut — fără să fi constatat însă vre-o modificare notabilă din partea lesiunilor însăşi.

Extinzând aplicaţiunea acestei metode de tratament, Iscovesco a întrebuinţat-o şi în patru cazuri de *chlorosă* rebelă care nu cedau deloc tratamentului prin feruginoase, repaos, şi cele alte mijloace obişnuite. El a obţinut, prin tratamentul cholesterinic, o vindecare complectă în două din cazuri şi o ameliorare considerabilă în cele alte două.

Tot Iscovesco a mai încercat acest tratament la *copiii limfatici*, cu adenopatii diverse şi cu tuberculose locale ; în toate cazurile, zice dânsul, a obţinut ameliorări foarte repezi.

La început, el a administrat cholesterina sub forma de emulsie, dar fiind-că era greu de preparat, a dat-o în urmă sub forma de pilule. O condiţiune necesară în acest tratament şi chiar indispensabilă, zice Iscovesco, este acea că dosele zilnice să fie destul de ridicate. Aşa bunioară, unui adult trebue să'i se dea 1—2 grame pe zi întru cât cholesterina este mai totdauna bine tolerată.

Iscovesco socoteşte acest tratament că fiind indicat în toate cazurile de deglobulisare.

In adevăr, afecţiunea — starea morbidă în care tratamentul cholesterinic îşi găseşte indicaţiunea cea mai raţională, mai conformă cu proprietăţile ei fisiologice, acea în care a fost mai mult aplicată şi mai bine studiată, este starea de *anemie* datorită hemolyticelor.

Am văzut într'un capitol precedent că, în 1907, în urma experienţelor asupra acţiunei antihemolytice a cholesterinei, Morgenroth şi Reicher au căutat să tragă o conclusiune practică, şi anume: — utilisarea acestei substanţe în cazurile de anemii toxice crescânde. Tallquist a fost însă cel dintâi care a demonstrat acţiunea eficace a cholesterinei asupra iepurilor cărora le injectase extract eterat de botryocephal (care, după cum am spus, este un foarte puternic hemolytic).

In 1908, Iscovesco aplică acest tratament, pe o scară destul de întinsă, administrându-l la 30 de indivizi (bărbaţi, copii şi femei). In unul din cazuri, cel mai demonstrativ, era vorba de o femee, care de aproape doi ani suferea de crize succesive de purpura-reumatoidă, cu turburări gastro-intestinale, depresiune nervoasă, tendinţă la emoragii, petechii, crise reumatoide, etc. Toate tratamentele încercate au rămas fără efect, incapabile să amelioreze starea acestei bolnave care n'a trecut peste 3.300.000 globule roşii pe m. m. c. După o lună şi jumătate de tratament, adminstrându-i zilnic câte 1.50 gr. cholesterină fără nici o altă medicaţie, bolnava a ajuns la 4.100.000 globule roşii pe m. m. c.

Tot în 1908, Reicher a întrebuinţat cholesterina în tratamentul *anemiei pernicioase;* Klemperer, în interval de un an, a întrebuinţat acest tratament în opt casuri de anemii pernicioase şi n'a avut nici un deces.

In teza sa (1909), din care am luat atâtea lucruri frumoase, Fronty raportează observaţiunea foarte detaliată a unei bolnave de 51 ani, atinsă de o slăbiciune, de-o anemie profundă, pulsul totdauna peste 100, tensiunea arterială 18, globule roşii numai 1.545.000 — 1.185.000 pe m. m. c. Nu s'a putut preciza diagnosticul acestui caz, dar desigur era vorba, zice dânsul, de un serum hemolytic — fie prin alexine, fie printr'o otravă distrusă la 56°. Pe lângă regim alimentar abondent şi bine condus, s'a administrat acestei bolnave, timp de 14 zile consecutive, câte 4 linguri de lypochol (fie-care lingură de supă conţinând câte 0.30 gr. cholesterină). In acest cas tratamentul n'a dat însă nici un rezultat căci temperatura a persistat, pulsul a scăzut la început până la 98 şi apoi iar s'a ridicat la 102, urina a scăzut până la 500 grame; bolnava a început să aibă diaree şi vărsături; în cele din urmă, a sucombat — a 19-a zi de la intrarea în spital.

Dispunând de o cantitate prea mică de cholesterină, n'am putut-o experimenta pe un număr mai mare de casuri, iar cholesterina extrasă brut n'am voit să o întrebuinţez în acest scop.

Am administrat însă cholesterina unui tânăr în etate de 26 ani, care, din când în când şi la intervale destul de dese, avea epistaxis — une-ori mai mult, alte-ori mai puţin abondente. Nu-am putut precisa cauza acestor epistaxise întru cât pacientul în cestiune nu avea nici o leziune nasală (nici ulceraţii, nici varice, nici polipi) şi nici o afecţiune cardiacă sau renală. Numărul globulelor roşii a fost la primul examen 4.882.000, iar la al doilea 4.511.000. Din când în când pacientul febricita câte puţin. Tratamentul cu chinină nu avusese nici un efect. Am dat acestui bolnav, timp de 5 zile consecutive, câte 1 gram de cholesterină încorporată într'un bol făcut din miez de pâine muiată; am făcut apoi o pauză de 5 zile şi în urmă i-am dat în acelaşi mod, timp de 10 zile, câte $^1/_2$ gr. cholesterină; am făcut o nouă pausă de 10 zile şi apoi iarăşi i-am dat, timp de 15 zile, câte $^1/_4$ gr. cholesterină şi în urmă am încetat tratamentul.

Atât dosele cât şi modul de administrare, au fost alese aproape la întâmplare şi nu pot trage de aci vre-o conclusiune formală — totuşi, este de notat rezultatul obţinut aci şi anume: timp de 3 $^1/_2$ luni, bolnavul n'a mai avut nici un epistaxis.

D-l Profesor dr. Măldărescu (1) atribue cholesterinei efectele remarcabile ale lanolinei în tratamentul eczemelor, şi prescrie curent această medicaţiune.

Iată deci care sunt cercetările făcute până acum în studiul cholesterinei şi rezultatele obţinute.

Conclusiunile la care am ajuns în această lucrare, şi care au fost enunţate şi în Buletinul de chimie (2) se bazează nu atât pe cercetările personale originale care, puţine şi neînsemnate, se pierd faţă de încercările laborioase ale autorilor citaţi; ele sunt rezultatul coroborărei şi comparaţiunei tutulor cunoştinţelor de până astă-zi.

De alt-fel, în împrejurările în care a fost alcătuit, acest memoriu nu are altă pretenţie de cât acea de a fi singura monografie asupra cestiunei, şi în acelaşi timp o monografie complectă — calitate, care face din ea o operă utilă.

BIBLIOGRAFIE

Abderhalden E. u. K. Kautzsch. Derivate von Aminosäuren; (3. Verbindungen mit Cholesterin) *Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie.* 1910. Bd. 65, h. 1 s. 69.

Abderhalden und Lecount. *Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie.* 1909, Bd. II, s. 199.

---

(1) Comunicare orală.

(2) V. Gomoiu — Câte-va consideraţiuni asupra cholesterinei. Buletinul de chimie (director, Prof. S. Minovici), Buc. 1910, No. 2.

Adami J. G. On gallstones and more particulary upon thei cholesterin constituents, *West. Canada M. J. Winnipeg,* 1909, III, pag 1—17.

Almaglia M. Nuove esperienze sulla azione che la colesterina e la lecitina esercitano sulla tossina tetanica e sul virus rabico. *Bull. d. r. Accad. Med. di Roma.* 1908, vol. 34, pag. 261.

Almaglia et **Mendès.** Deux cas de tétanos guéris par la cholestérine. *La Réforme Medicale,* Juillet 1907, p. 651.

Ambard. Les lipoïdes. *Sémaine medicale.* 21 Juillet 1908.

Arnaud. Sur la présence de la cholestérine dans la carotte. *Comptes rendus de la Soc. Sc.,* 1886, T. 102, pag. 1319.

Arthus M. *Eléments de chimie physiologique.* pag. 279. Paris. Masson et C-nie Edit. 1903.

Bacmeister A. Bacteriologische Untersuchungen der Cholelithiasis. *München. Medicinische Wochenschrift,* 1907, No. 38.

— Der Ausfall des Cholesterins in der Galle und seine Bedeutung für die Pathogenese der Gallenstein. *Münchener Medicinische Wochenschrift,* 1908, No. 5, No. 6, No. 7.

— Die Bedeutung des radiären Cholesterinstein für die entzündliche Gallenstein Krankheit. *Münch. Med. Wochenschr.,* 1909, vol. 56, s. 964—967.

Bang Ivar. Kobragift und Hämolyse. *Chemisches Zentralblatt.* 1909, Bd. II, No. 10, s, 838. *Biochem. Ztsch.* 1909, 11 s. 521.

Barbieri N. A. Über die chemische Zusammensetzung der Ochsengalle. *Comptes rend. de l'Académie des Sciences.* 1909, 149 p. 150. *Chemisches Zentralblatt* 1902. Bd. II, No. 10, s. 839.

Beneke F. W. Cholesterin im Pflanzenreich aufgefunden. *Correspondenzblatt für Aerzte u. Apoth. Oldenburg.* 1863, II, p. 82—86.

— Zur Frage über die Entstehung der Myelinformen. *Arch. für wissensch. Heilk.* 1866, II, s. 379.

— Ueber das Cholestearin. *Archiv. d. Ver. für wiss. Heilkunde* 1866, II, pag. 422—446.

— Zur Cholestearinfrage. *Virchow's Archiv.* 1876 Bd. 66. s. 126—128.

— Gallensteinbildung, etc., *Archiv für Klinische Medicin.* 1876, Bd. 18, S. 1.

Berg Ragnar. Zur Chemie des Bienen-wachses. *Chemiker Zeitung,* 1908, 32, S. 777.

Berthelot. Sur plusieurs alcohols nouveaux. Cholestérine. *Annales de chimie et de physique.* 1859, Vol. 56, pag. 54.

Bömer. *Zeitschrift für Unters. Nahr. — und Genussmittel,* 1908, I, s. 38.

Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition,* pag. 79.

Bouvet. I. Rapports des pancréatites et de la cholélithiase. *Thèse de Lyon,* Juin 1909.

Bünz. Cholesterinester, nichtvorkommen im Gehirn, *Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie,* Bd. 46, s. 47.

Burchard H. Beiträge zur Kenntniss der Cholesterine. *Inaug. Dissertation.* Rostock, 1899.

Byk H. Verfahren zur Darstellung des Bromisovaleriansäurcester von Cholesterin. *Chemisches Zentralblatt,* 1909, Bd. II, No. 16, s. 1396. (*Kl.* 12 v, No. 214157 vom 19/7 1908, 4/10 1909).

Calmette. Action hémolytique du venin de cobra. *C. Rend. de l'Académie des sciences.* 1902, V. 134, p. 1446.

Cappenberg H. Der Cholesteringehalt der Eier als Grundlage zür die Beurteilung von Eierteigwaren. *Chemisches Zentralblatt.* 1909, Bd, II, No. 16, s. 1382.

Carmichael. The effect of introduction of foreign bodies into the gall bladder upon the deposit of calculus forming substances. *J. Path. and Bacteriol.* Edinbourg 1903, VIII, pag. 492.

Cernovodeanu et **V. Henri.** Antitétanolysine. *Comptes rendus hebd. de la Société de Biologie.* Paris, 1907. V. 62, pag. 392.

Chevreul. *Annales de chimie*, 1815, T. XCV, p. 7; *Ann. des Phys. et de chim.* T. II, pag. 346.

Commaille. A. Note sur la manière de séparer la cholestérine des matières grasses. *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1876, XXXII, pag. 288.

Cornil et **Schwartz.** Etude clinique et anatomo-pathologique de la cholécystite calculeuse. *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903.

Danielewski B. Ueber die Wirkung des Cholesterins auf's Froschherz. *Archiv. für die gesammte Physiologie.* Bonn, 1907, Bd. 120, s. 181.

Danwitz und **Landsteiner.** Die Lipoïde der Stroma. *Hofmeister's Beiträge* 1907, Bd. IX, s. 731.

Dastre. A. Art. Bile, in *Dictionnaire de Physologie*, par Charles Richet, Tome II (B-C) pag. 193. Paris, Felix Alcan édit. 1897.

Denigès. *Bulletin de la Société di Pharmacie.* Bordeaux, Févr. 1903.

Dezani S. Lecitine e colesterine contenute nelle sperma et nelle ovaie del tonno. *Giorn d. r. Acad. di med.* di Torino, 1904, 4. s. vol XV pag. 54.

Diels, Otto. Zur Kenntnis des Cholesterins. *Berrichte der Deutsch-chem. Gesellschaft* 1908, 41, s. 2596.

Diels und **Abderhalden.** *Ber. d. Deutsch-chem. Gesel.* 1906, s. 884.

Diels Otto u. **Karl Linn.** Zur Kenntniss des Cholesterins. *Berrichte d. Deutsch-chem. Gesellschaft*, 1908, 41 s. 260. *Chemisches Zentralblatt*, 1908, Bd. I, s. 811.

— Zur Kenntniss des Cholesterins. *Ber. d. Deutschchem. Gesel.* 22 Febr. 1908, an. 41, s. 544. *Chemisches Zentralblatt*, 1908, Bd. I, No. 12, s. 1156.

Dictionnaire de Physiologie. Par Charles Richet. Art. Bile. T. II (B-C). pag. 193. Paris 1897 F. Alean, édit.

— Art. Cholestérine. T. III, C., pag. 711.

Dominici. Thèse, Paris 1894.

Dorée. Ch. Beiträge zur Chemie des Cholesterins u. Koprosterins. *Chemisches Zentralblatt* 1909, Bd. I, No. 25, s. 1975. *Journ. Chem. Soc. London*, 1909, Vol. 95, p. 638.

Dorée C. şi **J. A. Gardner.** The origin and destiny of cholesterol in the animal organism; on the soc.—called hippocoprosterol. *Proceedings Roy. Soc.* London, 1908, S. B. vol. 80 pag. 212.

Dorée Ch. und **J. Gardner.** Der Ursprung und Schicksal des Cholesterins; II. Die Ausscheidung des Cholesterins durch den Hund. *Chemisches Zentralblatt* 1908, II, s. 1278. Proc. Roy. Soc. London, 1908, 80 s. B. p. 227.

— Cholestenon and Cholesterin. *Proceedings Chem. Society*, London, 1908, 24, p. 173; *Journ. Chem.* Soc. London, Iuly 1908, 93 p. 1328.

— Recent work on the chemistry of cholesterin *Science Progr.* London. 1908—9, III pag. 89—105.

— The origin and destiny of cholesterol in the animal organism. *Proceedings. Royal Society.* London, 1909, S. B. vol. 81, p. 109—132.

Doyon et **Dufourt.** Recherches sur la teneur de la bile en cholestérine. Comptes rendus de la *Société de Biologie* 1896, pag. 487.

Doyon et **C. Gautier.** Incoagulabilité du sang consécutive à l'ablations du foie chez la grenouille, Comptes rendus des *Sciences de l'Académie de Médecine* Paris 1909, vol. 148, pag. 860.

— Experience concernant du sang. Comptes rendus hebd. de la *Société de Biologie,* Paris, 1909. Vol. 66, pag. 442.

— Action de la bile sur la coagulation du sang; experiences sur le lapin Ibidem, pag. 593.

— Action comparée de la bile sur la coagulabilité du sang et sur la pression arterielle; importance de la voie d'introduction. Comptes rend. *Société de Biologie,* Paris 1909. T. 66, pag. 727.

— Effets des injections succesives de peptone et de bile sur la coagulabilité du sang. C. R. de la *Société de Biologie* Paris 1909, vol. 66, pag. 924.

Dufourt. Rapport de l'infection biliaire et de la lithiase, *Lyon medical,* 1893.

Duranton Jules. La cholestérine et ses conditions de precipitations. Thèse, Paris, 1908, No. 17.

Egidi. G. Contributo allo studio del potere emolitico della bile. *Il Policlinico,* Sez. practica, 1909 vol XVI, pag. 837—839.

Ehret u. **Stolz.** Experimentele Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis. *Berliner Klinische Wochenschrift* 1902, S. 13.

Ellis G. W. und **J. A. Gardner.** Der Ursprung und das Schicksal des Cholesterins im tierischen Organismus. Der Cholesteringehalt der Eier und Hühnchen. *Proc. Royal Soc.,* London, 1909, seria B. vol. 81, p. 129.

— The presence of cholesterol in heart muscle. *Proceedings, of the physiological Society,* 19 Decemb, 1908. (The Journal of physiology Vol. 38 No. 2&3.)

Engler C. Die Entstehung des Erdöls. *Zeitschr. für angew. Chemie,* 1908, 21, S. 1585. *Chemisches Zentralbl.* 1308, II, 976.

Euler und **Nordenson.** Werhältniss von oxydations Produkte von Cholesterin zu Daucosterin aus Möhren, *Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie,* Bd. 53, s. 230.

Faust E. u. **L. Tallquist.** Über die Ursachen der Botriocephalusanämie. *Archiv. für exper. Patol. u. Pharmakologie,* 1907, 57, S. 367.

Feuillié E. Hémolyse, flux leucoytaires et ictère. Compt. rend. *Soc. de Biol.,* Paris, 1908, T. 65, pag. 626.

Flexner et **Noguchi.** Propriété hemolytique. *Presse médicale,* 1902, pag. 549.

Flint. A. Exp. res. into a nev excretory function of the liver, consisting in the removal of cholesterine from the blood, and its discharge from the body in the from of stercorine. *American Journal of. med. Sciences,* 1862, XLIV p. 305—365.

— Recherches experimentales sur une nouvelle fonction du foie consistant dans la séparaton de la cholesterine du sang et son élimination sous forme de stercorine. Paris 1868, vol. in 8 pag. 122. Ref. *Gazette des Hôpitaux*, 1868, No. 52.

— De la cholestérémie. Estr. *Gazette des Hôpitaux* 1868, No. 58.

— A resume of experiments mode to determine the nature, origine and termination of cholesterine in the human body. *Medical Record*, New-York. 1873, VIII, p. 607.

Fränkel S. Uber lipoïde. *Chemisches Zentralblatt*, 1908, Bd. 1, S. 1715. *Biochemisches Zeitschrift*, 1908, Bd. 9, S. 44.

— Uber ein neues Verfahren der fraktionierten Extraction der Gehirnlipoide. *Biochemisches Zeitschrift*, 1909, 19 S. 254. *Chemisches Zentralblatt*, 1909, Bd. II, No. 10, S. 840.

Fournier L. Origine microbienne de la lithiase biliaire. Thèse, Paris, 1896.

Fraser (Mary T) et **J. A. Gardner.** The origin and destiny of cholesterol in the animal organizm. On the inhibitory action of the sera of rabbits fed on diets containing varying amounts of cholesterol on the haemolysis of blood by saponin. *Proc. Roy. Soc.* London 1909, S. B., vol. 81 p. 230.

Fredericq L. et **J. Nuel.** Éléments de Physiologie humaine. V-ième Edition, pag. 13, 248. Paris, Masson et C-nie Edit. 1904.

Garnier et **Schlagdenhauffen.** *Enciclopédie chimique*, 1892, T. IX, f, II, p. 282.

Gaubert P. Sur les cristaux liquides de deux composés nouveaux de la cholestérine. *Comptes rendus de l'Academie* 1907, T. 145, p. 722.

— Schraubenförmig entwickelte Krystalgebäude. *Comptes rendus de l'Acad d. Sc.* Paris, 1908, vol. 146 pag. 829.

— Uber die flüssingen Krystalle der Ester des Ergosterins. *Chemisches Zentralblatt* 1908, II, S. 1244. *Compt. rend. de l'Acad des Sciences* 1908, 147 pag. 498.

— Uber flüssige Krystalle einiger neuer cholesterinverbindungen und über die jenigen des Ergosterins. *Chemisches Zentralblatt*, 1909, Bd. I, No. 25, S. 1974. *Bull. Soc. franç. Minéral*, 1909, T. 32, pag. 62.

— Uber die flüssigen Krystalle der Verbindungen des Cholesterins und Ergosterins mit Harnstoff. *Chemisches Zentralblatt* 1909, Bd. II, No. 24. S. 1979. *Compt. rend. de l'Acad. des Sciences*, 1909, 149, p. 608.

R. Gaultier. Précis de coprologie clinique pag. 151, 160, 270, 273, 323. Paris 1907, *J. Baillière Edit.*

Gautier A. *Chimie biologique* (Leçons de) 1896, pag. 260, 681, 685.

Gérard Er. Solubilité de la cholestérine animale dans quelques éléments de la bile *Comptes rendus hebd. de la Société de biologie* 1905, T. 58, p. 348.

Gérard et **Lemoine.** *Congrès de Médecine, 1907.*

Gérard, Lemoine et **Leulier.** Sur la composition des substances lipoïdes et leurs rôle de défense contre les infections. *Congrès de Medecine*, 1908.

Gilbert. Note pour servir à l'histoire de la théorie microbienne de la lithiase biliaire. *Archives générales de Médecine.* Sept. 1908.

Gilbert et **Dominici.** La lithiase biliaire est-elle de nature microbienne? *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1894, pag. 485.

Gilbert et **Fournier.** Du rôle des microbes dans la genèse des calculs biliaires. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1896, pag. 155.

— Lithiase biliaire experimentale. *Comptes rendus de la Société de Biologie.* 1897, pag. 937.

Gilbert et **Lipmann.** Du microbisme biliaire normal. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1903, pag. 158.

— Contribution à l'étude bactériologique des calculs biliaire, rôle des microbes anaérobies. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1907.

Glikin W. Ueber cholesterin und verwandte Stoffe. *Biochemisches Centralblatt.* Leipzig, 1907—1908. Bd. VII, s. 289, 357.

— Uber den Eisengehalt der Fette, Lipoide und Wachsarten. *Ber. der deutsch. chem. Gesel.* 1908, s. 910—915.

Golodetz L. Uber den Salicylsäureester des Cholesterins. *Chemiker Zeitung*, 1907, 31, s. 1215.

— Neue Reaktionen für Cholesterin und Oxycholesterin. *Chemiker Zeitung*, Febr. 1908, 32, s. 160.

— Eine Farbenreaktion auf Cholesterin durch Oxydation. *Berrichte der deutsch. chemisches Gesellschafi*, 1908, 41 s. 252. *(Chemisches Zentralblat)* 1908, Bd. I, s. 891.

— Die Hautfette und deren Gehalt an cholesterin. *Chem. Rev. Fett-und Harzind.* Hambourg Oct. 1909, 16, 238. *Chemisches Centralblatt*, 1909. Bd. II, No. 19, s. 1675.

Gomoiu V. Depozite de cholesterină în camera anterioară și în corpul vitros (un caz). *Soc. Stud. Med.*, Febr. 1905.

— Câte-va considerațiuni asupra cholesterinei. *Buletinul de Chimie.* Buc. 1910, No. 2.

Hammarten. *Chimie phisyologique*, 1904, pag. 284.

Hanot et **Letienne.** Notes sur diverses variétés de lithiase biliaire. *Comptes rendus de la Société de Biologie* 1895.

Hansmann. *Hofmeister's Beiträge.* 1905, No. 6, s. 567.

— *Beiträge zur chem. Physiol. und Pathol.* 1909, 6. s. 567.

Harley und **Barratt.** An experimental enquiry into the formation of gallstones. *Journal of Physiology*, London, 1903, pag. 341.

Hartmann F. Ueber den Fettschweiss der Schafwolle in chemischer und technischer Beziehung. *Inaug. Dissertation, Göttingen*, 1868.

Heckel E. et **Fr. Schlagdenhaufen.** Sur la présence de la cholesterine dans quelques nouveaux corps gras d'origine végétale. *Comptes rendus de l'Academ. de sc.* 1866 T. 102, pag. 1317.

Heiduschka A. und **W. Gloth.** Uber die Gewinung von Phytosterinen und Cholesterin aus Fetten. *Pharm. Zentralhalle*, 1909. Bd. 50, s. 333. *Chemisches Zentralblatt*, 1909, Bd. I. No. 26, s. 2024.

Henze M. Spongosterin, eine cholesterin-artige Substanz aus Suberites domuncule, und seine angebliche Beziehung zum Lipochrom dieses Thieres. *Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie* 1904, Bd. 41, s. 109.

— Cholesterin im Hepatopankreas von Octapus. *Ibidem*, Bd. 55, s. 438.

Herter. The etiology and chemical pathology of gallstones. *Med. News*, New-York, 1903, pag. 529.

Hinsberg und **Roos.** Cholesterin der Hefe. *Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie*, Bd. 38, s. 12.

Hoppe Seyler. *Physiologische Chemie.* 1877, S. 401, 597, 692, 699, 772, 787.

Isaac. Anemia experimentală prin saponină. *Congresul de Medicină Internă.* Wiesbaden 18—25 Aprilie 1910.

Iscovesco H. L'action antihémolytique de la cholestérine. Les travaux de M. M. Gérard, Lemoine et Vincent sur son action antitoxique. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* 1908 Paris, vol. 64, pag. 548—550 et *Nord. méd. Lille* 1908, XV, pag. 93.

— Uber den Einfluss des Cholesterins auf die Seifenhämolyse. *Arch. für exper. Pathol. und Pharmakol.* 1909, Bd. 61, s. 94.

— *Société de Biologie* 1908, pag. 269—324—404—548. *Presse Med.* 1908, 18 Iulie, 19, 21 Aug.

Iscovesco et Foucauld. Des savons de soude. *Comptes rendus hebd. de la Société de Biologie.* Paris 1908, p. 678.

Ishizaka. *Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie* 1907, Bd. IV, s. 89.

Jankau. Ueber Cholesterin und Kalkanscheidung mit der Galle. *Arckiv. für experimentelle Pathologie und Pharmakologie,* XXIX, s. 237.

Kramer. The pathogenesis of gallstones, *Journal of experiment. Med.* New-York, 1907, pag. 319.

Krusenstern V. Zur frage über das Cholesterin. *Virchow's Archiv* 1875 Bd. 65. S. 410—418.

Kusumoto Chasoburo. Ueber den Einfluss des Tholuylendiamins auf die Ausscheidung des Cholesterins in der Galle. *Biochemisches Zeitschrift* 1908, 13, s. 354.

— Ueber den Einfluss des Toluylendiaminis auf den Cholesteringehalt der Faeces. *Biochemisches Zeitschrift* Decemb. 1908, Bd. 14, s. 407.

— Ueber den Cholesteringehalt der Hundefaeces bei gewöhnlicher Ernährung und nach Fütterung von Cholesterin. *Biochemisches Zeitschrift* 1908, Bd. 14, s. 411.

— Ueber den Gehalt der Hundfaeces an Cholesterin und Koprosterin. *Biochemisches Zeitschrift* Dec. 1908. Bd. 14, s. 416.

Kyes. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1902. No. 38, 39, 40.

Kyes und **Preston.** Ueber Lecithide. *Biochemisches Zeitschrift,* 1908, Bd. IV, s. 99.

Kyes und **Sachs.** *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1903, No. 24, 25.

Landsteiner und **Eisler.** *Wiener Klinische Wochenschrift* 1904, s. 676.

Langheld K. Ueber das Verhalten des Cholsäure gegen Ozon. *Ber. d. deutsch. chem. Gesell.* 1908, 41 s. 1023.

Landsteiner Karl und **Hugo Raubitschek.** Ueber die Absorption von Immunstoffen, 1909. *Chemisches Zentralblat,* 1909, Bd. I No. 11 S. 926. *Biochem. Zeitschr.* Bd. 15, S. 33.

Latschinoff. Oxidation des Cholesterin. *Ber. d. deutsch. chem. Gesellschaft,* 1877, X, S. 82.

Létienne. De la bile à l'état pathologique. Thèse, Paris, 1891.

Letsche. Gehalt des Pferdeserums an freiem Cholesterin, *Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie* Bd. 53, s. 66.

— Gehalt des Pferdeserums an cholesterin artigen Stoffen, *Ibidem,* Bd. 43, s.59.

Lewin G. Microchemischer Nachweis von Cholesterinfett in der Körnerschicht der Epidermis. *Berliner Klin. Wochenschrift* 1886, XXIII, s. 22.

Levin L. P. Studiu asupra naturei şi originei cholesteatomului. *Russky Vracea.* St. Petersburg, 1908, VII pag. 1285—1289.

Liebreich O. Lanolin und Cholestérin fett. *Virchow's Archiv.* 1890, pag. 365.

— Ueber das Vorkommen des Lanolin im menschlichen Organismus. *Virchow's Archiv.*, 1890. Bd. CXIX, s. 383.

Lifschütz J. Ueber die Oxydation des Cholesterins zu Oxycholesterinen und Chollansäure. *Hoppe Seyler's Zeitschr. für physol. Chemie* 1907, Bd. 50, s. 436.

— Die Oxydationsproducte des Cholesterins in den thierischen Organen (Knochen, Blut, Fett). *Zeitschr für phys. Chemie,* 1907, Bd. LIII, s. 140.

— Studien über den Ursprung und die Bildung des Cholesterins. *Zeitschrift für physiolog. Chemie* Strassburg, 1908 Bd. 55, S. 1—7.

— Nachw. von Oxydationsprodukte des Cholesterins in den tierischen Organen, durch d. Essigschwefelsäurereakt. *Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiolog. Chemie,* 1908, Bd. 58 s. 178. *Chemisches Zentralblatt,* 1909 Bd, I, No. 3, s. 205.

— Cholesterinartige Stoffe bei der Oxydation der Oleinsaure, *Ibidem.* Bd. 55, s. 3.

— Farbereakt. d. Oleinsäure mit Trichloressigsäure (Tschugajews Cholesterinreakt *Ibidem,* Bd. 56, s. 452.

— Darst. und Farbenreakt. von Oxydationsproducte aus Cholesterin durch Benzoylsuperoxyd und $K\ Mn\ O_4$, *Ibidem,* Bd. 58, s. 181, 183.

Littré E. *Dictionnaire de Médecine, de chirurgie et de pharmacie* XIX-ème Edition, pag. 297, 1503. Paris, I. Baillière Edit. 1902.

Loebisch W. Zur Kenntnis des Cholestearins. *Ber. der deutsch. chem. Gessell.* 1872, Bd. V. s. 510.

Lussana Fil. Della colesterina nella migliare. *Gazzetta med. Ital. Lomb.* 1869, No. 9, pag. 67.

Măldărescu N. Programa cursului de farmacologie, terapeutică şi clinică terapeutică, Vol. în 195 pag. Buc. 1909.

Marcantonio. Genèsa calculilor biliari. *Riforma medica,* 30 August 1892.

Marcusson J. Die optisch-aktiven Bestandteile des Erdöles. *Chemiker Zeitung,* 1908, 32, s. 377.

Marinesco et **Minea.** Lésions fines des cellules nerveuses produites par l'injection locale de bile. *L'Encephale,* 1908, No. 11, pag. 411.

— Lésions des centres nerveux produites par l'injection locale de bile. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* 1908, No. 9 pag. 417.

Mauthner J. Neue Beiträge zur Kenntnis des Cholesterins. *Chemisches Zentralblatt* 1909, Bd. II No. 14, s. 1537.

Mathes H. und **Ernst Ackermann.** Ueber die Zusammensetzung eines Gichtknotens. *Pharmak. Zentralhale,* 1909, Bd. 50. s. 214, *Chemisches Zentralblatt* 1909 Bd. I, s. 1496.

Mehu C. Sur la densité de la cholestérine. *Journal de l'anatomie et de la physiologie,* 1875, pag. 103.

Menozzi A. Untersuchungen in der Gruppe des Cholesterins. *Atti de la Royal Accademia dei Lincei,* Roma, 1908, 17, vol. I, pag 91 (*Chem. Zentr.* 1909, I, s. 1377.

Menozzi A. u. A. **Moreschi**. Untersuchungen in Cholesteringruppe. Bombicesterin. Ein neues Glied der Cholesteringruppe aus den Puppen des Seidenwurms. *Chemisches Zentralblatt*, 1908, Bd. I, s. 1377. (*Atti della R. Accademia dei Lincei*, 1908, 17. vol. I, pag. 95).

Meyer Kurt. Über den Mechanismus der Saponinhämmolyse. *Beiträge zur chem. Physiol. u. Pathologie*, 1908, 11, s. 357.

— Über die Beziehungen der Immunhämmolyse. *Zeitschr. für Immunitäts-forschung und exper. Therapie* 1909, I, h. 3., s. 114.

Meyerstern W. Ueber den Einfluss des Cholesterins auf die Seifenhämolyse. *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*. 1909, Bd. 60, L. 6, S. 385.

— Ueber die Beziehungen von Lipoidsubstanzen zur Hämolyse. *Archiv für exper. Pathol und Pharmakologie* 1910. Bd. 62, L. 4-5, S. 258.

Mignot. Origine microbienne des calculs biliaires. *Archives générales de Médecine* Août 1898.

Minovici Stefan. Beiträge zur Kenntniss des Cholesterins. *Berichte des deutsch. chem. Gesellschaft*, 1908, 41, s. 1561—1565 (*Chemisches Zentralblatt*, 1908, Bd. II, s. 32).

Minz A. Ueber Toxolecithide, *Biochemisches Zeitschrift* 1908, 9, s. 357.

— *Biochemisches Zeitschrift* 1908, Bd. IX, s. 379.

Molinari E. und **P. Fenaroli**. Eine neue Reaction des Petroleums. *Zeitschrift für praktische Geologie*, 1908, 16, s. 401.

— Die doppelten Bindungen in der Formel der Cholesterine und Phytosterine. *Ber. der deutsch. chem. Gesell.* 1908, 41, s. 2785.

Mongour. *Précis des maladies du foie et des voies biliaires*, Paris, 1905, pag. 186.

Moore F. C. Cholesterin; some account of its chemical, physical, and biological relations. — *Med. Chron. Manchester*, 1907—1908. Vol. 47, p. 204. — *Dreschfeld Memorial*, Manchester, 1908, p. 124.

Moos H. Ueber das Cholesterin und seine medizinische Bedeutung; literarisch, teoretische studie. *Dissertatio inauguralis, Erlangen*, 1892, în 8^0, 26 pag.

Morat et **Doyon**. *Traité de Physiologie* T. IV, pag. 214.

Morgenroth u. **Reicher**. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1907, s. 1200.

Mügge. *Zeitschr. für Unters. Nahr- und Genussmittel*, 1908, I, s. 42.

Muhlheim Schmidt. Ueber das Vorkommen von Colesterin in der Kuhmilch. *A. g. p.*, 1883, XXX, pag. 384.

Müller.K. Ueber Colesterämie. *Arch. für exper. Pathologie und Pharmakologie*. 1873, Bd. I, s 213—247.

Nasse. Cholestearine in pathologischen Flüssigkeiten. *A. A. P.*, 1840, pag. 267-269.

Nathanson. Die Lipoïde. *Pringsheim's Jahrb.* Bd. 39, s. 607.

Neuberg. C. Reaktion mit δ Methylfurfurol, *Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie*, Bd. 47, s. 335.

Neuberg C. u. **Dora Rauchwerger**. Ueber eine neue Reaktion auf Cholesterin, *Festschrift für E. Salkowski, Berlin*, 1904, s. 279.

Noguchi Hydryo. *Centralblatt für Bakteriologie*, 1902, Bd. XXII, s. 377.

Obermüller. Ueber eine Reaktion des Cholesterins. *Archiv für Anat. u. Physiologie*, 1889, s. 556-558.

— Beiträge zur Kenntniss des Cholesterins. *Zeitschr. für physiol. Chemie*, 1890, Bd. XV, s. 37—48.

— Weitere Beiträge zur quant. Bestimmung des Cholesterins. *Z. p. C.*, 1891, XVI, pag. 143—151.

Obregia Al. şi **P. Pitulescu.** Studiu clinico-istologie asupra simpaticului solas în boalele mintale, *Revista ştiinţelor medicale*, 1909, No. 6, 7 şi 9.

Ottolenghi D. In una nuova reazione coloranta della colesterina. *Rend. della r, acad. dei Lincei*, 1906, vol. XV, p. 44.

Overton. Die Lipoïde. Arbeiten für Botanick 1900, Bd. 34, s. 669.

Pagés. De la cholestérine et son accumulation dans l'économie. *Thèse inaug.* Strasbourg, 1869, en 32 pag.

Panzer. Ester des Cholesterins als sog. Protagon der Niere. *Hoppe Seyler's Zeitschrirt für physiologische Chemie*, Bd. 48, s. 519.

— Ester des Cholesterins mit Elaidinsäure, *Ibidem*, Bd. 48, s. 526.

— Vork. in d. doppeltbrechenden Subst. aus patholog. Organen, *Ibidem*, Bd. 54, s. 252.

Pascucci. *Hofmeister's Beiträge*, 1905, Bd. VI, s. 543.

Pelletier et **Caventou.** *Ann. de chimie et de phys*, T. VI, pag. 401.

Phisalix. La cholestérine et les sels biliaires, vaccins chimiques du venin de vipère. *Comptes rendus hebd. de la société de Biologie*, Paris, 1897 pag. 1057.

— Action antitoxique de la cholestérine. *Comptes rend. hebd. de la société de Biologié*, Paris, 1908, p. 678.

Pickard R. H. u. **J. Yates.** Beiträge zur Chemie der Cholesteringruppe, *Chemisches Zentralblatt*, 1908, II s. 1918. (*Proc. Chem. Soc.* 1908, 24 pag. 1, 21).

— Beiträge zur Chemie der Cholesteringruppe, *Chemisches Zentralblatt*, 1909, Bd. I, No. 4, s. 267. *(Proceedings Chem. soc.* 1908, Vol. 24, p. 227; *Journ. Chem. soc.* London, 1908, vol. 93 p. 1928).

Pighini G. Ueber den Cholesteringehalt der Lumbalflüssigkeit einiger Geisteskrankheiten. *Zeitschrift für Physiologie*, 1909, Bd. 61, s. 508. *(Chemisches Zentralblatt)*, 1909, Bd. II, No. 16, s. 1369.

Poehl A. Ein Fall von Cholisteringehalt in Harn. *Peterbs. med. Wochenschrift*, 1877, No. 1.

Popp. G. Zur Frage der Veränderung von Eierteigwaren beim Lagern. *Zeitschr. für öffentl. Chemie*, 1908, Bd. 14, s. 453. *Chemisches Zentralblatt*, 1909 Bd. I, No. 3, s. 207.

Porges Otto und **E. Neubauer.** Ueber die Kolloidreaktionen wässeriger Lecithin und Cholesterinsuspensionen. *Wiener Klin. Wochenschrift*, oct. 1907, 20, s. 1285.

— Physicalisch-chemische Untersuchungen über das Lecithin und Cholesterin. *Biochemisches Zeitschrift*, 1907, Bd. 2, s. 152.

Preis K. und **B. Raymann.** Beiträge zur Kenntniss des Cholestearins. *Ber. der deutsch. chem. Gesell.* 1897, XJI, s. 224.

Pribram H. Beitrag zur Kentniss des Schicksals des Cholesterins und der Cholesterinester im thierischen Organismus. *Biochemisches Zeitschrift*, 1906, Bd. I, s. 413.

Prins Ada. Flüssige Mischkrystalle in binären systemen. *Zeitschrift für physiol. Chemie* 1909, Bd. 67 s. 689. *(Chemisches Zentralblatt,* 1909 Bd. II, No. 24, s. 1955.

Pringsheim J. Ueber die Darstellung und chemische Beschaffenheit der Xanthomsubstanz nebst Untersuchungen der fettähnlichen doppeltbrechenden Substanz in grossen weissen Nieren. *Biochemisches Zeitschrift,* 1908, Bd. 15, s. 52.

Raimondi C. *Archiv für exper. Path. und Pharm.,* 1908, Supplementband.

Ranson. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1901, s. 194.

Redtenbacher. *Ann. der Chem. und Pharm.,* Vol. LVII, pag. 145.

Reinke I. und **H. Rodewald.** Ueber Paracholesterin aus Aethalium septicum *Annalen der Chemie,* 1881, Bd. 207, s. 229.

Riedel. Ueber die Gallensteine. *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1901, s. 12.

Ritter. Methoden zur Abscheidung und quantitativen Bestimmung des Cholesterins. *Hoppé-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie,* Bd. 34, s. 430.

— Trennung von Fett, *Ibidem,* Bd. 34, s. 433.

— Einfluss des Lichtes auf Cholesterin, *Ibidem,* Bd. 44, s. 480.

— Salkowski's Methode der Abscheidung von Cholesterin aus Fetten stammt von Hoppe-Seyler, *Ibidem,* Bd. 35, s. 550.

Ch. Robin. *Traité des tumeurs,* Paris 1867, pag. 79, 298, 433, 605.

Rosenheim O. On the preparation of cholesterin from brain, *Journal of Physiology,* 1906, vol. 34, p. 104.

Salisbury. I. H. Exp. connected with the discovery of cholesterine and seroline, as secretions, in health of the salivary, tear mammary, and sudorific glands; of the testis and ovary; of the kidneys in hepatic derangements, of mucous membranes when congested and inflamed, and in the fluid of ascintes, and that of spina bifida. *American Journal of medical sciences,* 1863, XLV, pag. 289—305.

— Invert. chem. and microscop.; new function of the spleen and lacteal and lymph. glands, to wit: the formation of cholesterine and the partial transformat. of the cholesterine of the bile and food into seroline. *St. Louis med. Rep.* 1867, II, pag. 321 — 353.

Salkowski E. Die Reaction des Cholesterin mit Schwefelsäure. *Archiv f. die ges. Physiologie* 1872, VI. s. 207 — 209.

— Pathologisch-chemische Mittheilungen. *Arbeiten aus dem patholog. Institut* zu Berlin, 1906, s. 373.

— Physiologisch-chemische Notizen: 1) Ueber Isolierung des Cholesterins aus den Fetten; 2) Ueber den Gehalt der Rindergalle an Cholesterin. *Zeitschrift f. physiologische Chemie* 1908, 57 s. 515. (*Chem. Zentr.* 1908, II, 1878).

— Isol. aus Fett. Vorheriges Lösender Alkoholseifen in wasserhaltigem Aether. Ibidem, Bd. 57, s. 517.

— Vork. freien Cholesterin in Galle. Ibidem, Bd. 57, s. 522.

Scheunert A. und **R. Bergholz.** Zur Kenntniss der Pankreaskonkremente. *Hoppe-Seyler's Zeitschrift f. physiologische Chemie,* 1907, Bd. 52 s. 343.

Schlieper. *Ann. der Chemie und Pharm.,* vol LVIII, pag. 375.

Schreiner O. und **C. Shorey.** Das Vorkommen einer Cholesterinsubstanz in Böden. Agrosterin. *Journ. americ. chem. Soc.* Waschington. Ian. 1909, vol. 31, pag. 116. (Chemisches Zentralblatt).

Schrötter H., R. Weitzenbock und **R. Witt.** Beiträge zur Kenntniss des Cholesterins und der Cholalsäure und über ein gemeinsames Abbauprodukt derselben. *Monatshefte für Chemie*, 1908, 29, s. 245.

Schrötter H. und **R. Weitzenbock.** Ueber die Zusammengehörigkeit des Cholesterins und der Cholalsäure mit dem Campher unp dem Terpentinöl. *Monatshefte für Chemie*, 1908, 29, s. 395.

Schulze E. Ueber das Vorkommen von Cholesterin im Wollfett. *Zeitschr. für Chemie* 1870, s. 453.

— Ueber das specifische Drehungsvermögen des Isocholestearins. *Ber. der deutch. chem. Gesel.*, 1879, XII, s. 249.

— Ein Nachtrag zu der Abhandlung: zur Kenntniss des Cholesterins. *Journ. f. prakt. Chemie*, 1882, N. F. XXV, s. 459.

— Ueber das Vorkommen von Cholin in Keimpflanzen, *Zeitschr. f. phys. Chemie*, 1887, XI, s. 365.

— Bilden sich Cholesterine in Keimpflanzen, welche bei Lichtabschluss sich entwickeln. *Zeitschr. für physiol. Chemie*, 1890, Bd. XIV, s. 491.

— Ueber die Farbenreaction des Isocholesterins mit Essigsäureanhydrid und Schwefelsäure. *Zeitschr. für physiol Chemie.* 1890, Bd. XIV, s. 522.

Schulze E. und **E. Winterstein.** Ueber das Verhalten des Cholesterins, gegen das Licht. *Archiv für experim. Path.* und *Hoppe-Seyle's Zeitschrrift für physiol. chemie*, 1904, Bd. 43, s. 316.

— Oxidation des Cholesterins bei Belichtung. (Ueber das Verhalten des Cholesterins gegen Licht) *Hoppe-Seyler's Zeitschrift für phys. Chemie*, 1906, Bd. 48, s. 546.

Schützenberger. P. Art. Cholesterine, in Dict. des Sc. med. (A. Dechambre). T. XVII S. I. pag. 1, Paris, 1875.

Schwidop. O. Das Cholesteatom. Reichs — med — anz. Leipzig, 1908, vol. 33. s. 403 — 425.

Seo. Y. Ueber das Vorkommen von Lipämie und über die Menge der Lipoidsubstanzen in Blut und Leber beim Pankreasdiabetes. *Archiv für experimentelle Pathologie uud Pkarmakologie*, 1909, Bd. 61, s. 1.

Strecker și Gundelach. *Ann. der Chemie und Pharm.*, vol. LXII, pag. 226

Tallquist. Patogenia anemiei pernicioase botriocefalice. *Zeitschr. für klin. Med.* 1907, 61.

Tanret C. Ueber das Ergosterin und Fungisterin. *Chemisches Zentralblatt*, 1907, Bd. II, s. 716. *(Compt.-rend. de l'Acad. des sciences*, 1908, 147, pag. 75).

— Ueber das Ergosterin und Fungisterin. *Chemisches Zentralblatt*, 1908, Bd. II, s. 1933. *(Compt.-rend. de l'Acad. des sciences*, 1908, pag. 716; *Ann. de chimie et Phys.* Nov. 1908, 15, pag. 313).

Tebb M. Ch. The cholesterin of the brain. *Journal of Physiology*, 1906, vol. 34, pag. 106.

Theyer și Schlosser. *Ann. der Chemie und Pharm.* vol. L, pag. 243.

Thudichum J. L. W. On cholesterine from the brain and bille; its reactions and their spectral phenomena. *Rep. med. off* Local gov. Bd., 1877—1878 pag. 302 — 307.

— Ueber den chemischen Prozess der Gallensteinkranhheit beim Menschen und in Thieren, *Virchow's Archiv*, 1899, VI, s. 156.

Tincelin Edm. Coup d'oeil sur le rôle physiologique des principes biliaires le plus importants et sur le role pathologique qu'on leur assigne dans les accidents nerveux de l'ictère. *Thèse inaug.*, Strassburg 1869 în 32 p.

Troost. L. Traité élémentaire de chimie, pag. 732 Paris, Masson et C-ie. Edit 1881

Tschugajeff L. und **A. Gasteff.** Zur Kenntniss dés Cholesterins (I. Anvendung der Xantogenréaktion), *Berichte der deutsch-chemischeu Gesellschaft*. Bd. 42, 17, s. 4631.

Unna P. G. und **L. Golodetz** Die Hautfelte, *Biochemisches Zeitschr.* 1909, 20 s. 469.

Vincent. La cholestérine antitoxique. *Comptes rend. de la Soc. de Biologie*, Paris. V. 63, p. 695.

Virchow. L. Ueber die Erkenntniss vom Cholestearin. A. A. P., 1857, XII, pag 101 — 104.

Wassermann und **Takaki.** *Berliner klinische Wochenschrift*, 1898.

Weimarn, von **P.** Ultramicroskopische Untersuchungen kristallinischer Flüssigkeiten. *Zeitschrift für Chemie und Industr. der Kolloide*, 1909, 4, s. 59. (*Chemisches Zentralblatt*, 1909, Bd. II No. 9, s. 694).

Weyl. Th. Ueber die Beziehungen des Cholestearins zu den Terpenen und Campherarten. *Vérh. der physiolog. Gesellschaft* zu Berlin 1885—86, No. 1. und 2.

Withe C. P. Cholesterol, fluid crystals and myelin forms. *Med. Chron.* Manchester, 1907 — 1008, vol. 47, pag. 403.

— Cholesterol fatty acid combinations. *Proceedings of the physiologică society*, 19 December 1908. (*The Journal of Physiology*, vol. 38, No. 2 şi 3.

Wilenko G. G. und **Z. Motylewski.** Uber die Wirkung von Natrium auf Cholesterin in der Lösung in Amylalhohol. *Anzeiger Akad. Wiss*, Krakau, Noemb. 1908, s. 837. *Chemisches Zentralblat*, 1909, Bd. I, No. 10, s. 832.

Willstätter R. und **E. W. Mayer.** Reduktiou mit Platin und Wasserstoff; II. Uber Dihydrocholesterin. *Ber. d. deutsch. Chem. Gesel.* 1908, 41, s. 2199. *Chemisches Zentralblat*, 1908, Bd. II, s. 390.

Windaus. A. Ueber Cholesterin. *Chemisches Zentralblat*, 1908, Bd. I, No. 13, s. 1258. *Ber. deutsch. chem. Gesel.* 7 Martie 1908, pag. 611.

— Ueber Cholesterin. *Ber. d. deutsch. chem. Gesel.* 1908, 41, s. 2558.

— Ueber Cholesterin. *Chemisches Zentralblatt* 1909, Bd. II, No. 19, s. 1631.

— Untersuchungen über das Cholesterin. *Arch. der Pharm.*, Berlin 1908, Bd. 246, s. 117.

— Verbindungen des Cholesterins mit Solanin u. Cyclamin. *Berichte des deutsch. chem. Gesellschaft*, 1910, I, s. 238.

— Entgiftung des Digitonins durch Phytosterin. *Berichte des deutsch. chemischen Gesellschaft*, 1910, I, s. 241.

βColestanol. Verb. mit Digitonin *Berichte des deutsch. chem. Geselschaft*, 1910, I, s. 242.

— Koprosterin B. E; ein Verb. mit Digitonin. *Berichte der deutsch. chem. Gesellschaft* 1910, I, 242.

— Ueber die Entgiftung der Saponine durch Cholesterin. *Berichte der deutsch. chem. Gesellschaft*, 23 Noembrie 1908, 23 Ianuar 1909, Bd. 42, s. 238. (*Chemisches Zentralblatt*, 1909, Bd. I, No. 7, s. 536).

Windaus A. und **A. Welsch.** Vork. von Brassicasterin im Rüböl. *Berichte der, deutsch. chem. Gesellschaft*, 1910, I, s. 612.

— Sitosterinartig. Phytosterin aus Rüböl, B. E. Acylderiv. *Perichte des deutsch. chem. Gesellschaft*, 1910, I, s. 616.

Winterstein und **Hiestand.** Gehalt des Alkohol-Aetherextraktes, aus Weizenmehl an Cholesterin-*Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiologische chemie*, Bd. 54, s. 293.

Winterstein und **Strickler.** Verhalten des Cholesterins aus Colostrum-*Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie*, Bd. 47, s. 76.

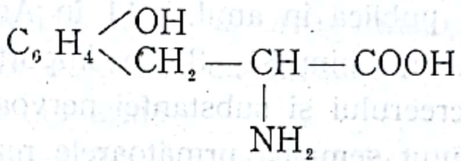
Wurtz. *Dictionnaire de chimie, T. I*, pag. 881.

Zaloziecki R. und **H. Klarfeld.** Ueber die optische Aktivität der Erdöle im Zusammenhange mit der Frage nach ihrem Ursprunge. *Chemiker Zeitung*, 1907, 31, s. 1170.

von **Zumbusch.** Vork. im Vernix caseosa-Fett. (Cholesterin) *Hoppe Seyler's Zeitschrift für physiologische chemie*, Bd. 59, s. 517.

Dr. V. HÂNCU

Evoluţia bio-chimică cu cercetări proprii de laborator
asupra
Thirosinei în sistemul nervos



$$C_6H_4\begin{array}{l} \diagup OH \\ \diagdown CH_2 - \underset{\displaystyle NH_2}{\underset{|}{CH}} - COOH \end{array}$$

Primele cercetări bio chimice în substanţa nervoasă, au fost făcute de către doctorandul I. Th. Hensig, pentru căutarea fosforului, iar rezultatele obţinute au fost consemnate într'o comunicare „*Examen chemicum cerebri ex eudenque phosphorus singularis omnia inflamans*“ (1719) în Giessae.

Brandth şi Kunkel, au confirmat cercetările lui Hensig. Mai tânziu Spilman a reluat aceste lucrări şi făcând cercetări în cenuşe creerului, a găsit oarecari particule ce erau atrase de magnet.

Către finele secolului al XVIII. se începe un nou asalt asupra sistemului nervos prin un nou procedeu numit distilaţia uscată, mai ales că în acel timp reactivii erau foarte puţin întrebuinţaţi asupra analisei organelor finţelor vieţuitoare. Procedeele acestea au avut ca resultat descoperirea fosforului a unor metale şi a oarecăror seruri în organismul fiinţelor vieţuitoare.

Vanquelin a făcut oare-cari comunicări asupra cercetărilor sale chimice, relativ la sistemul nervos. Autorul declară că n'a avut cea mai mică cunoştinţă asupra lucrărilor autorilor anteriori. Lucrările lui Vanquelin au fost traduse mai întăi în nemţeşte de către John şi publicate în Schweiggérs Journal, 8 (1883) 431.

Cu nouile progrese ale chimiei în Franţa, către finele secolului al XVIII-lea celebrul medic Thouret contemporan cu marele Lavoisier şi Vauqaelin şi se prezentă ocazia fericită, ca să facă oare-cari cercetări chimice li asupra corpului omenesc şi în special asupra creerului, iar lucrările sale au fost publicate în Journal des Chys. 38 (1790) 329. Trei ani mai târziu Fourcroy publică oare-cari observaţiuni chimice asupra creerului la miel, boi şi om în Ann. de Chem. 16 (1793) 282. în cari e primul care arată că, partea principală predominantă în creer e albumina, apoi o parte animală şi în fine mici urme de săruri (dintre care mai importante) mai ales fosfaţi de ai amoniacului, sodiului şi potasiului.

Foucroy tratează substanţă cerebrală cu apă caldă, acid sulfuric, acid azotic dil şi alcohol. Cu alcohol ferbinte ajunge a estrage o substanţă alb gălbue, care după răcire se depune sub formă de lamele, substanţă ce a fost găsită şi de Burhuss şi Thouret şi căreia numai mai târziu îi s'a dat numele de Colesterol.

Vanquelin publică în anul 1811 în Ann du Mus: d'Hist. Nat. p. 212—239 Ann Chim 81—37 o importantă traducere din Englezeşte asupra creerului şi substanţei nervoase dela om şi animale, în care s'a putut semnala următoarele rezultate:

Creerul de om a fost sdrobit şi malaxat într'un mojar până la o pastă omogenă, apoi amestecat cu 5 gr. alcohol de 36 grade, s'a lăsat 24 ore, apoi s'a fiert şi filtrat.

Soluţia de culoare brună după răcire depune pe fundul vasului o materia floconoasă şi alta brânzoasă. După 24 ore de repaos alcoholul de pe precipitat a fost filtrat fiind de culoare brună, şi cărui alcohol adoăgându-i-se apa devinea lăptos.

Coloarea brună eflorescentă a alcoholului se datora după Vanquelin Kefalinei sau substanţei cenuşii a creerului. După mai multe încercări timp mai îndelungat Vauquelin ajunge a'şi suma rezultatul analiselor sale obţinute asupra creerului în modul următor:

1. *Două materii grase* care de şi par deosebite ca formă sunt însă identice ca constituţie chimică;
2. Albumina
3. Ormazon
4. Diferite săruri, printre care fosfat de călciu, de potaşiu maquesin şi puţin Chlovur de sodiu
5. Sult
6. Fosfor.

Iar cantitativ aceste substanţe după dânsul au fost apreciate în modul următor:

1. Apă aproximativ	86.00
2. Subst. grasă albă	4.53
3. „ „ roşie	0.70
4. Albumină	7.00
5. Osmazon	1.12
6. Fosfor	1.50
7. Acizi, seruri şi sulf	5.15
	100.00

Vanquelin mai indică că, substanţa albuminoidă să descompune cu uşurinţă, pe când substanţa grasă din contră rămâne aproape constantă. Asemenea nici osmazonul nu se descompune. Au fost constatate însă Amoniac, Acid Acetic şi valerianic ca producte de descompunere ale substanţei nervoase.

Măduva spinărei şi nervii ar avea analoge composiţii cu ale creerului, cu singura deosebire că substanţa grasă ar fi în proporţie mai mică în aceste din urmă.

Metoda Vauqueliană pe lângă veracitate, mai are şi meritul de a putea fi mai tărziu baza premergătoare a unor cercetări ulterioare de o incontestetabilă importantă în domeniul cercetărilor bio-chimice a substanţei nervoase.

Cercetările lui Vanquelin au fost reluate mai târziu de către I. F. John (Chemische Schriften) Bd. 4 No. 31, S. 228 etc. prin esperienţe asupra creerului la miel, cerb, pui şi vaci, iar mai pe urmă, la om, boi şi oi, însă fără oare-care importantă deosebită.

Un adevărat succes în cercetările bio-chimice asupra creerului la avut L. Gmelin (Report. f. d. Fharm. 52, 169) Zeitschrift f. d. Phisiol von Tiedman „Die Verdaung nach Versuchen 1326“ între altele el deosebeşte *o grasime* forma pulverulentă şi alta sguroasă de formă cristalină, pe care a găsit-o analogă cu *colesterina* din calculii hepatici şi a fost obţinută prin fierberea creerului cu alcohol, care după filtrare depune susnumitele cristale lamelare de colesterin.

O. B. Kuhn (De Cholesterino eique similibus pinguedinis corporis humani formis. Kastuers Archiv f. d. natur lehre 13 (1828) 337) el separă cu ajutorul eterului colesterina din aşa numită substanţă albă a lui Vanquelin şi o altă parte pe care a numit-o *Cerebriu;* Iar în subtanţa pulverulentă insolubilă în eter întâlneşte o altă substanţă pe care o numeşte Myelokon şi pe care a numit-o mai târziu Cephalin.

O proporţie şi mai mare, ş'au luat cercetările chimice asupra creerului cam pe la anul 1834 prin lucrările lui Couërbe şi Fremy, publicate în „Ann Chim 2-ude Seria 56—160—193 în care figureazâ şi numele lui Chevreul Dumas şi Pelouse ca arbitri numiţi de Academie pentru stabilirea adévărului între lucrările lui Couërbe şi Fremy.

Iar rezultatele primelor cercetări au fost resumate în următorul tablou:

1. O grăsime galbenă pulverulentă = Stearokonat
2. " " " elastică = Cefalat
3. Un oleu roş gălbui = Eléóncefal
4. Materia albă a lui Vanquelin = Cerebrol
5. Colesterin.

Pentru isolarea cărora Couërbe procedează în modul următor: după ce mai întâiu curăţă creerul de membrane 'l spală cu apă pentru a îndepărta sângele, 'l sfărâmă într'un mortar de porţelan şi'l macerează cu eter, reluândul în mai multe rânduri — de 4 ori; Soluţiile de eter renuite sau destilat, iar residiul s'a uscat, obţinându-se o substanţă albă grăsoasă, din care parte era amorfă iar altă cristalină. Sau numitul extras prin eter, (A) spre a se deosebi de un alt produs obţinut prin ajutorul alcoholului dil 40°/$_0$ obţinut din substanţa creerului şi disolvat în eter şi pe care l'a numit produs extras prin alcohol 40°/$_0$ sau B. Atât din primul A cât şi din secundul B, prin diferite procedee Couërbe a ajuns a'şi înmulţi considerabil numărul de corpuri, atât organici cât şi anorganici, aflaţi în creer. Iar analiza elementară i-a dat următorul rezultat:

Carbon = 67.878
Hidrog = 11.100
Nitrog = 3.399
Sulf = 2.138
Phosph = 2.332
Oxigen = 13.213

Atât Vanquelin cât Fremy şi cu ei şi alţi cereetători n'au găsit nici unul sulf în subtanţa nervoasă, din care cauză se încep o mulţime de discuţii, polemice şi critici între Vanquelin, Fremy, Academie şi alţi autori, pe de o parte, iar pe de alta între Cauërbe din care luptă ultimul ese invingător.

Creerul animalelor după Fremy ar conţine substanţe identice cu cel al omului, probabil că în proporţii deosebite de es-într'o 100 gr. Creer de om se găseşte mai multă colesterină, că în tot atâta proporţie la câine. Iar analisele deferitor creeri de om la diferite atăţi după Fremy n'au dat nici un rezultat pozitiv.

Cu toate acestea Chevreul a găsit în sânge la om unele substanţe grase particulare ce numai în creer se găsesc. Aşa bună oară F. Boudet găseşte Colesterină în sânge la om. O lumină mai vie prin cercetări hcimice asupra sistemului nervos pare se fi aruncat Gobley prin lucrările sale asupra gălbenuşului de ouă (Rech. Chim. sur le jaune d'ocuf, Journal de Farm et de Chem 9 (1846) 1. 81, 161) în care pe lângă o substanţă albuminoidă, pe care a numit-o *Vitclin* mai determină şi alţi doi corpi moi: *Oleiu* şi *Margarin.* Câţi-va ani mai târziu Gobley ca ajutor al lui Pelauze în al cărui laborator lucra, descopere (tot) în gălbenuşul de ou, ca şi în sistemul nervos *Acidul fosfó-glicerinic,* pe care Pelouze 'l determinase siutetic încă înainte.

In anul 1854 apare o monografie a D-rului E. Bibera profesor de chimic aplicată la Freibourg ce poartă titlu: *Cercetări comparative asupra creerului la om şi animale sălbatice.* Cercetările fură începute la 1850 şi abia ia 1854 le a terminat. Bibera înparte lucrările sale în şease capitola:

1. *Contribuţiuni asupra grăsimelor a apei* şi a altor substanţe în creer la om şi animale şi în special asupra măduvei oblougate cerebelului corpilor stricate etc. în al căror extract eteric găseşte următoarea cantitate de substanţe:

	Medula oblougata	Cerebelum et pous	Crura. cerebr	Henmisfsfe	Corpora striata	Talamir nervorum opticorum
°/₀ de Estract eteric	18.39	12.00	12.42	9.31	9.36	6.80

2. In al doilea capitol pe lângă colesterina lui Vanquelin şi Fremy, acid cerebric, grăsimi particulare mai intră şi o bună parte de Educte obţinute din ferberea creerului cu alcohol acidulat prin acid sulfuric etc.

3. La al treilea capitol introduce pentru prima oară cea mai importantă substanţă din sistemul nerves Lecitina. De remarcat e faptul însă că Bibera cu acidul Cerebrin n'a putut să obţină nici un derivat organo-metalic.

4. In al patrulea capitol al tratatului său Bibera se ocupă mai mult de părţile anorganice ale sistemului nervos. El distruge substanţa organică prin ardere, iar cenuşa rămasă o supune la analiză,

unde pe lângă acid fosforic, siliciu, potasiu, sodiu sulf, găsește și urme de fier.

5. In al cincilea capitol mai puțin important se ocupă de cantitatea în procente a diferitor substanțe aflate în diferite părți ale creerului.

6. Iar în al șeaselea și cel din urmă capitol, între altele face o comparație în quantumul de apă, extract eteric de substanța albă și cenușie din diferitele părți ale sistemului nervos.

In curând după aceea apar lucrările lui Müller (Ann. Chim. 103 (1857) 131) autorul pare a nu avea cunoștiuță de lucrările anterioare ale lui Gobley. El este cel d'ântâi care determină prin anumite procedee clinice *creatina* în sistemul nervos; iar rezultatul cercetărilor sale poate fi exprimat în următoarele:

1. Creerul omului conține printre substanțele solubile în apă și o mică parte de creatină.

2. Din contră, în creerul vitelor nu se găsește creatină de cât urme dn leucin sau un homolog al acestei.

3. Atât în creerul uman, cât și în cel bovin se găsesc parți foarte mici de acizi volatici (și lichizi) de formala CnH_2nO.

4. Atât în creerul uman, cât și în cel bovin, se găsește o apreciabilă proporție de acid lactic.

5. Creerul cornutelor conține urme de acid uric și inosită.

6. Substanța nervoasă conține o proporție însemnată de colesterin.

7. Conține asemenea o cantitate apreciabilă de compuși azotați.

8. Mai conține și o substanță în care se găsește acid phosphoric, care cu pb ne procură o substanță solubilă în eter.

9. Pe lângă acizi grași, volatili și lichizi mai conține și acizi solizi.

10. Ac succinu, glicogen, creatin, uree, cistin, taurin și tirosin nu s'au găsit în creer.

Acizii serici grase între cari și acidul lactic au fost descoperiți de Bibera în sistemul nervos, pe lângă care autorul mai face ulterior o serie de determinări bio-chimice de o importanță foarte mare ca: *creatina, acidul uric, inosita, cerebrina* etc.

Câți-va ani în urmă lucrările lui Müller și bibera apare un manuscris asupra noilor descoperiri bio-chimice în creer datorit lui O. Liebraich (Ann. Chim. 134 (1864) 29). Aci autorul separă prin noi procedee colesterina de alte substanţe din creer, iar în soluţia umedă a apelor nume determină mai multe fosfatide.

A doua metodă a lui Liebraich are de scop a separa printr'un procedeu special o nouă substanţă în creer a cărei formulă chimică este $C_{116} H_{241} N_4 P. O._{22}$ şi pe care a numit-o *„Protagon“* corpul acesta fiind o substanţă oleaginoasă uşor descomposabilă în alcohol absolut, nu se poate încălzi mai mult de 5°, fără a nu suferi oare-cari modificări în constituţia sa.

Liebreich ferbând *protagonul* cu o soluţie de hidroxid de bariu a obţinut pe de oparte o sare insolubilă de bariu prin conbinaţi, cu un acid gras ce e insolubilă în alcohol absolut. Pe de altă parte s'a obţinut o soluţie de barin glycerofosforic şi o altă substanţă ce conţine azot, care a fost considerată ca un alcalcaloid şi care i s'a dat numele de *Neurin* cu formula chimică $C_5 H_{13} N$.

Strecker făcând aci oare-cari obiecţiuni adaogă că azotul din substanţa obţinută de Liebreich şi cel obţinut de el din o altă substanţă obţinută din bilă şi pe care a numit-o cholin ar fi indentic. Dacă solvăm protagonul în alcohol absolut şi ferbinte, după filtrare, se va putea ferbe [mai multe ceasuri chiar fără a se descompune.

Iar dacă substanţa oleaginoasă din alcoholul absolut este tratată cu apă ferbinte se deshidrantează disolvându-se cu uşurinţă, însă aci ca produs principal al portagonului este un amestic de *fosfatide cerebroside* şi *cerebrinacide.*

Eteroprocasele conţin fosfatide şi lipotide, nu însă cerebroside şi nici cerebrinacide.

Cercetările asupra acizilor graşi n'au dat nici un rezultat definitiv în acele timpuri.

Să considerăm şi cred că n'ar fi exclusă posibilitatea că, protaganul, ca fosfatida principală să fie compusă din sfingomiclin.

$C_{52}, H_{104} N_2 P_{69}$ sau $C_{54}, H_{100} N_2 P_{09}$ şi care să se descompună în chemoliza lui Liebreich (Stecker).

Câţi-va ani în urmă apare o lucrare a lui H. Höhler sub titlul (De Myelini quod vocant constitutione chemica disg Halae 1867) în care pune în evidenţă un număr revativ destul de mare de corpuri obţinute numai din creerul uman, es myelini, acizi graşi, acid lactic, inosit, hipoxantin, creatin, albumin şi colesterin.

In urma atâtor rezultate atât de strălucite în domeniul biochimiei, în marea operă de determinări şi recunoaşteri încep a se angaja o serie de chimiști din cei mai de valoare pe acele timpuri, ca: Hoffman V. A. Bayer, A. Claus, C. Kasse, Baumsterk, E. Freitag, A. Kossel etc., a căror ultime rezultate din cercetările lor în nouile descoperiri ce intră în compoziția sistemului nervos până la anii periodici pot fi rezumate în următoarul tablou:

Determinări bio-chimice în sistemu nervos.

1. Primele substanțe extractive din substanța cerebrală.

2. Albumine insolubile în substanțe revidente conținând neuroplastin albumin și miclein sau citofosfatid.

3. O materie albă conținând:

a) Chefalin cu varietăți și combinațiuni.
b) Lecitina „ „ „ „
c) Paramielin „ „ „ „
d) Mielina „ „ „ „
e) Amidomielin „ „ „ „
f) Colesterin și frenosterin.
g) Amestec de cerebrin sau amestec de cerebroside, cerebrinoside, cererebrosufatide și amidosulfatide cu sfingomiclin și azurin.

4. *Materia unctoasă*, conținând:

a) Chafaloidin cu varietăți și combinațiuni,
b) Lecitin,
c) Paramielin,
d) Mielin,
e) Amidomielin,
f) Sfingomielin și Azurin (proporție mică),
g) Colesterin și Freudsterin,
h) Frenosin și alte cerebroside (proporție mică)
i) Amidolipotid.

5. *Materii oleaginoase* conținând:

a) Lecitin,
b) Paramielin,
c) Materii lichide oleoase (Cerebrolul lui Berzelins) conținând Amidolipotide.

6. *Substanţe determinale în soluţie apoasă din extracţia creerului*

a) Alcaloide,
b) Acizi amidaţi şi imidi,
c) Carbohidrate
d) Acizi organici şi seruri,
e) Săruri minerale sau anorganice.

Cercetari premergătoare cantitative asupra constituţiei unui creer uman.

Din porţiunea hemisferului stâng a unui creer ce cântăreşte 596 gr. s'a luat 460 gr. Ţesutul a fost tratat cu alcohol în care am putut determina următoarele educte:

Neuroplastin 35.06 gr. = 7.62°/o ţesuturi.

Materii albe estrase cu ajutorul alcoholului 21.93 gr. Aceeaşi materie cu ajutorul eterului dă 12.28 frenosin.

Cerebrogalactosidul fert cu alcohol absolut dă:

a) Materii puţin solubile ca frenosina, care se descompune cu cea mai mare uşurinţă (8.11 gr).

b) Materii mai solubile ca: Kerasina, care numai lăsată câte-va zile, se descompune 0.56 gr.

c) Stearocou insolubil şi albumine 0.78 gr. din care 0.53 solubile, 0.25 insolubile în Benzol cald. Porţiunea insolubilă în alcohol arsă, lasă în urmă-i o cenuşe neagră, care conţine cantităţi relativ mari de acid fosforic.

Soluţia alcoolică care a depus frenosin es. 340 c. c. s'o împărţim în două: *a)* 170 cc. *b)* 170 cc. Porţiunea *a*, i s'a adăogat o soluţie de clorur de platin până la formarea unui precipitat. Aceeaşi soluţie conţine 0.85 gr. de un fosfatid şi conţine 9.58 Pt pe lângă 3.13°/o p. Soluţiei *b* i s'a adăogat Cadmiu Chlorid a cărui proporţie conţine 0.8124 gr. fosfatid 13.27°/o Cd. şi 3.42°/o P.

Din substanţa solvată în alcohol ce nu a precipitat cu reactivii alcaloizilor, a precipitat 0.3691 prin adăogare de apă.

Estractul esteriç din amestecul *frenosinic* = 9.65 gr. Substanţa unctoasă solvată în eter la rece cântăreşte 21.65 gr.

Substanţa oleaginoasă tratată cu acetat de plumb formează o combinaţie care împreună cântăreşte 11.8450 gr. Iar în amestecul necombinat rămâne decisivă = 2.8995 gr., aceasta dă un precipitat caracteristic cu cadmiu şi platin chloridic în alcohol.

Chefalinatul de plumb = 0.8435 gr. = 0.565 gr. chefalin și *Miclinatul de plumb* = 6.6080 = 5.2041 gr. mielin.

Rezidul apos + *Acid fosfomolibdenic* dă combinațiuni analoge *alcaloizilor* a căror greutate este 3.7084 gr. Tot din aceeași soluție se mai poate obține 1.56 gr. lactat de zinc, care uscat în vid = 1.007 gr. acid lactic de carne pur.

Inosita = 2.5335 gr.

Substanțe organice extractive nedefinite = 2.7822 gr.

Săruri anorganice ca carbonați = 1.7218 gr. dintre cari potasiu 0.39 gr. = 0.745 HCl și 0.39 Natriu, 0.9844 gr. NaCl. Serurile cu chlorizi cântăresc 1.7294 gr. din care amestec s'a putut determina 2.4610 gr. pt cln (K Cl).

Din calculele chefalinei mieliniei și acidul lactic s'a ajuns la următoarele date: greutatea mol. a chefalinei 836; Chefalin pb = C_{42} H_{75} NPO_{13} = pb = greut. mol. = 1246.

Greutatea mol. a mielinei = 760. Mielin pb = C_{44} H_{73} pb NPO.O = greut NOl = 965.

Acid lactic din carne $C_3 H_6 O_3$ greut. mol. = 90.

Lactat de zinc din carne dihidrat $C_6 H_{10} Zn O_6 + 2H 2O$, greut. mol 279.

Subst. nuctoase sol. în eter (21.6450 gr.) au fost ferte cu barită dând 6.7 gr. Cholesterin și 16.5 gr. săruri de barim cu acizi grași. Intre aceste sunt și acidul oleic estras din lecitin și un alt corp solubil în eter.

Extractul eteric din amestecul frenosinic, care conține între alte chefalina și cholesterina au fost tratat cu acetat de plumb în alcohol ferbinte și filtrat. *Rezidiul insolubil de chefalin* plumb cântărește 2.6410 gr.

Soluția alcoolică de cholesterin și cu substanțele ce o însoțea, es. frenosterina un isomer al cholesterinei cu punctul de topire mai jos. Cholesterina obținută a fost recristalizată și cântărită.

II

Existența Thyrosinei în sistemul nervos și mai ales în creer, e o chestiune de discutat încă. Ori, din cercetările biochimice a tuturor autorilor de până aci, ca și din tabloul de față, reese că această chestiune a fost cu totul neglijată, deși existența ei a fost semnalată atât în unele plante, cât și mai ales în unele organe ale ființelor vii și -n special la om.

TABLOU

de suma resultatelor unei analize cantitative a creierului uman

	Greut. cu piele	Greut fără piele	cantit. analis.	Neuroplastin.	Subst. albă	Subst. albă insol. în eter	Subst. albă sol. în eter	Subst. unctuosă	Cantit. chefalin	Cantit. midin	Cantit. delcitin	Cant. paramielin	Amidomielin	Asfingomielin	Cholesterin	Frenosin	Cerebrogalactosid	Amidolipotid	Intosit	Acid lactic	Hypoxantin	Extractive	Potasiu	Sodiu	Săruri
Hemisfer drept	589	564	465	33.68	18.60	11.63	6.97	21.66	3.34	5.22	5.90	nedeterminat	nedeterminat	nedeterminat	8.93	nedeterminat	nedeterminat	nedeterminat	0.43	0.64	1.30	2.63	0.25	0.40	Nedeterminat
Hemisfer stâng	596	570	463	35.06	21.93	1228	9.65	21.65	—	5.20	—	„	„	„	6.99	„	„	„	0.38	1.00	1.06	2.78	0.39	0.39	„
Cerebelul	135	129	124	10.94	1.88	1.66	0.22	3.26	1.29	3.76	2.97	„	„	„	1.95	„	„	„	0.05	0.13	0.67	1.49	0.01	0.02	„
Măduva și crierul central	34	33	33	2.48	0.64	0.56	0.03	—	0.45	0.23	0.41	„	„	„	1.01	„	„	„	0.06	0.07	—	0.73	0.03	0.03	„
Substanță albă	—	—	66	5.70	6.98	4.56	2.42	5.31	0.06	0.16	0.48	„	„	„	2.15	„	„	„	0.14	0.05	—	0.44	0.01	0.04	„
„ cenușie	—	—	46	3.50	0.30	—	0.30	—	0.15	0.02	0.73	„	„	„	0.90	„	„	„	0.69	0.04	0.10	0.31	0.01	0.09	„
Pierderi prin operație	—	—	86.6	6.58	4.12	4.24	1.88	4.14	0.63	0.69	1.10	„	„	„	1.86	„	„	„	0.08	0.20	0.21	0.52	0.07	0.07	„
Suma . . .	1354	1296	1296	101.20	55.46	33.57	2184	56.76	5.94	15.30	11.75	„	„	„	24.21	„	„	„	1.94	2.14	3.35	9.00	0.78	1.06	„

La anul 1901, doi engleji, I. Ludwig şi M. Thudhcliem par a fi primi, cari au strâns într'un volum rezultatele lucrărilor tuturor autorilor cari s'au ocupat cu cercetări biochimice de laborator asupra sistemului nervos în: *„Die chemische Konstitution des Gehirns des Menscken und der Tiere“* (Tubingen 1901). Autorii acestui volum par a fi primi cari au făcut oare-ceri cercetări şi asupra Thyorsinei în substanţa nervoasă, arătând pentru prima oară prezenţa ei în mici cantităţi în corpurile amidice estrase din creer. Ei susţin că e un product de chemoliză al neuroplastinei, ce până în prezent nu s'a putut izola din amestecul acestor corpuri amidice pe de o parte, iar pe de alta pentru a ajunge la un rezultat şi mai bun, n'au neglijat a ţine seamă de oare-cari fenomene de isomerie ivite în multe cazuri în decursul operaţiei ca acidul stearic, cholesterine, leucine, etc.

Subiectul acesta părândumi-se important, am reluat din nou cercetările biochimice asupra Thirosinei în sistemul nervos, mai ales că mi s'a prezentat fericita ocazie de a mi se pune la dispoziţie mai multe feluri de creeri de către d-l prof. dr. S. Minovici acordândumi-se tot odată favoarea de a putea executa aceste cercetări în laboratorul de sub direcţia d-sale pentru care îi aduc aci în text viile mele mulţumiri. Incercările le-am făcut: 1) pe creeri de om şi boi, însă uscat şi pulverizat; 2) pe creeri de om şi boi proaspăt.

Pentru ajungerea scopului ce-l urmăream, am luat 200 gr. de o parte creer de om, uscat şi pulverizat, iar de alta, creer de bou de asemenea uscat; s'au fiert separat câte 12 ore cu acid sulfuric 25 la sută, după aceia s'au filtrat fie-care în parte, iar filtratul s'a neutralizat cu o cantitate corespunzătoare de hidrat de bariu. Precipitatul format s'a pus la fiert, iar lichidul s'a filtrat însă cald. S'a evaporat trei sferturi din lichidul total, iar restul s'a întrebuinţat pentru determinarea Thyrosinei.

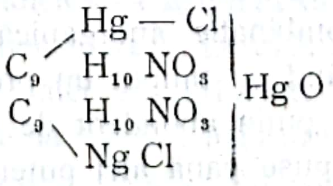
In această operaţie am întrebuinţat metoda generală a lui E. Fischer de la Berlin, pentru obţinerea Thyrosinei. O altă încercare s'a făcut pe creer proaspăt de om şi de bou, tot cam în aceleaşi condiţiuni, cu singura deosebire că, în loc de acid sulfuric de 25 la sută concentroţie, am întrebuinţat o concentraţie numai de 12 şi jumătate la sută. Aci lichidele mume, după filtrare şi neutralizare, atât de la prima concentraţie cât şi de la ultima, lăsate mai multe zile în repaus, n'au depus nici urme de cristale de Thyrosin, semn că nu putem să ne aşteptăm la o cantitate oare-care mai apreciabilă de Thyrosin în substanţa nervoasă. O porţiune din soluţiune însă, încălzită la fierbere şi apoi tratată cu o soluţiune de hidroxid de sodă se obţine o coloraţie în galben, la adăugarea de bichlorur de mercur, fără însă a precipita caracteristic Thyrosina. Lăsată soluţia să se recească, se turbură, iar la reîncălzire dă un precipitat galben.

Pentru ca reacţiunea să aibă loc se cer oare-cari condiţiuni şi anume: 1) Soluţia de Thyrosină trebue să fie diluată şi ferbinte; 2) să conţină un exces de soluţie de hydrocid de sodă dar nici de cum un exces de sublimat, căci în asemenea caz excesul de sublimat ar determina imediat un precipitat de coloare galbenă, solubil în exces de Na oH.

Dacă se continuă cu încălzirea şi în acelaşi timp şi cu adăugarea de sublimat corosiv în cantităţi mici, până ce soluţiunea galbenă începe să se turbure. lăsată să se recească devine opacă, transformându-se într'o masă gelatinoasă, solubilă într'un exces de hidroxid de sodiu concentrat. Soluţiunea filtrată tratată cu acid acetic, dă un precipitat alb, care după uscare, analiza ne-ar da următoarea compoziţie (1):

Găsit la sută	Greut. atom.	prim. N-i	Formula	Hipotet.
C = 18,25	1,520	8,7	C 9	+2 HgO
H = 2,78	1,780	10,3	H 10	
N = 2,42	0,1728	1,	N	
Hg = 61,37	0,3069	1,77	Hg	
Cl = 6,48	0,1287	1,	Cl	
O = 9,70	0,6062	3,4	O 3	

sau 2 (C 9 H 10 NO 3 + Hg Cl) + Hg O sau desvoltată:



Procedeul constă în definitiv într'o reacţiune a sublimatului de mercur ce se reduce în calome adică din bichlonir în chloner și care rămâne combinat cu hyrosina. In această combinație 2 molecule de thyrosină sunt legate pe lângă cei 2 chloruri de mercur și cu o moleculă de oxid de mercur. Importanța mercurului în această combinație e cu atât mai mare, cu cât el poate să ne pue în evidență marea lui afinitate sub diferite forme pentru substanțele albuminoide și în general pentru alcalorzi. Nu e mai puțin adevărat că cercetărilè biochimice în substanțele albuminoide sau în lichidele economiei, animale care ar conține substanțe albuminoide sau derivați amoniacali ai acestora, sunt încă puțin studiate până în prezent, dar în definitiv destul de complicate pentru ca să descurajeze și pe cel mai abil cercetător. Aci amestecul corpurilor amidice rezultate din descompunerea în substanța nervoasă a mercuroplastinei prin tratarea cu barită dă ca prim produs de cristalizare între altele lencina. glicoderivaț, thyrosina și oare-cari acizi amidici cu o ponderă atomică, amidică în molecula lor mai mică ca a leucinei.

---

(1) Ludwig I. şi Thudicum M. Gehirn des Menschen und der Tiee pagina 259.

Aci pentru separarea thyrosimei de leusină, cu care în cele mai multe cazuri se află csociată ne servim de apă fierbinte căreia îi adăugăm 10°/₀ alcool în care se dizolvă leusina iar throsina rămâne insolubilă. Substanța insubobilă ce tratează cu = H. Cl. diluat se fierbe cu cărbune animal timp de 10 minute se filtrează, se tratează cu acetat de sodiu în care după adăugarea unei oarecare cantități de *amoniac cristalizează thyrosina*.

Soluția mumă după filtrare și lăsare mai mult timp în repauz nu depune, în cazul de față nici urme de cristale însă după tratare cu nitrat mercuros ne va da un precipitat pe care separându-l prin filtrare — și redizolvare printr'un mediu alcalin -- aci cu reactivul lui Millon după încălzire până la fierbere soluțiunea se va înroși, reacțiune caracteristică thyrosinei. In cazul de față reacțiunea pare a intra într'un fel de combinație anorganică dezvoltând în acelaș timp în continu gaze dând cu timpul un precigitat roșu cu un conținut mai mult sau mai puțin abondent de mercur.

Resumând cele expuse până aici putem trage următoarea conclusie:

1. Din evoluția lio-chimică a sictemului nervos am putut vedea că în compoziția lui intra o enormitate de conpuși atât organicei cât și anorganici.

2. Că thyrosina făcând parte din compuşii organici cu o constituţie chimică bine stabilită rămâne de a se studia dacă se află ca atare în sistemul nervos sau nu.

3. Din prea puţinele cercetări ale altor autori asupra acestui subject şi în urmă ale noastre rezultă indubitabil faptul că în substanţa nervoasă se găsesc urme de thyrosină.

4. Să naşte întrebarea dacă Thyrosina aflată în creer se află ca atare în substanţa nervoasă; sau e un produs de transformare de hemoliza al substanţelor albuminoide obţinut ca rezultat în urma diferitelor manipulaţiuni.

Punctul acesta de întrebare e foarte important şi rămâne încă de a se cerceta.

Dr. NICU ZAHARESCU
Medic la Institutul Maternitatea. Fost Intern al Spitalelor Civile

CLINICA OBSTETRICALĂ DIN BUCUREŞTI
Director: Prof. Dr. D. Drăghiescu

Distocie prin cistocel vaginal la o primipară
gravidă în luna IX-a

Existenţa cistocelului, asociată cu rectocelul şi cu prolapsul uterului se întâlneşte în general în clinică. Aceste deplasări, cari au fost separate artificial, sunt strâns legate unele de altele, şi dacă ele pot exista izolat, aceasta se întâmplă numai ca esceptie, căci cele mai adese ori, se succedă şi se comandă (1).

Hart (2) foarte judicios, a asimilat aceste deplasări herniilor, în general, cu singura deosebire că herniile ordinare, cuprind organe esenţial mobile, pe când aici e vorba de organe, care pot să-şi păstreze punctele stabile la nivelul legăturilor profunde.

Asemănarea poate fi dusă şi mai departe, distingând în prolapsurile genitale, deplasări prin *efort* şi deplasări de *slăbiciune*. Primele fiind o urmare a unui efort violent, fie că s'au făcut de odată, fie că există o cauză predispozantă. Ast-fel un atac de epilepsie, o cădere pe şezut, au dat loc la prolapsuri chiar la virgine (1).

---

(1) Pozzi. Traité de Gynécologie, 1905.

(2) Hart. The structural anatomy of the female pelvic floor. Edinbourg, 1880.

Sarcinele repetate tumorile uterului şi ale ovarului, ruperea perineului, sunt cauze predispozante neîndoelnice ale prolapsurilor genitale.

Procidenţa vaginului singur (cistocelul şi rectocelul), în marea majoritate a cazurilor precedă căderea uterului, şi-l antrenează numai după un oare-care timp, ca fenomen secundar. Peretele anterior al vaginului, este acela, care se scoboară mai uşor; şi de ordinar, la femeile, cari au avut mai mulţi copii, se observă un uşor grad de cistocel, când băşica este plină. Peretele anterior vaginal în acest caz, întrece puţin pe acel posterior, şi aceasta fără nici o consecinţă, când perineul şi-a conservat tonicitatea sa. Cu totul alt-fel e în cazul contrariu, căci rezervoriul urinar, strâns unit de vagin prin faţa sa posterioară, tinde să ernieze prin vulvă.

In timpul gestaţiunei, — sarcina fiind ea însă-şi o cauză predispozantă a prolapsului genital, — cistocelul se poate accentua şi mai mult, fie el singur sau în asociaţie cu rectocelul şi cu prolapsul uterin. Nici un accident serios nu poate avea loc în cursul sarcinei din cauza existenţei cistocelului, asemenea şi în cursul facerei. Totuşi, când împrejurări favorabile intervin, prezenţa cistocelului poate deveni o cauză de distocie, şi un caz observat în Clinica Obstetricală din Bucureşti, este foarte demonstrativ şi instructiv în această privinţă.

Raritatea clinică a distociei creată prin cistocel, precum şi faptul că ea a avut loc la o primipară, în cazul meu au fost singurele consideraţiuni, cari m'au condus a da publicităţei observaţiunea următoare:

In ziua de 15 Februarie a. c., ora 5.45′ p. m., intră la Institutul Maternitatea femeea Mariţa Ionescu, în etate de 20 ani, căsătorită, de profesiune casnică, având dureri de facere.

---

(1) Miranda (Neapole). Arch. di ost. e. gin. 1910. August.

Coffart. Journal des Sç. médicales de Lille. 1902, Noembrie.

Collaghan. Brist. Gyn. Society, 1907, 11 Decembrie.

Compiona. Arch. di ost. e gin. 1902, No. 6.

Barnes. Traité clinique des maladies des femmes, traducere franceză. Paris 1876, p. 540.

Mundé. Forcible aud complect prolaps of the uterus in a virgin. Amer. journ. of Obstetric. 1888, t. XXII, p. 70.

Villemiri. Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 1910. No. 5.

Antecedentele ereditare și colaterale. Tatăl trăește și e sănătos; mama moartă la 2 luni după ce dădu naștere gravidei noastre; are 2 frați și o soră care sunt sănătoși.

Antecedente personale. A fost alăptată de doică; nu știe epoca la care s'a făcut prima dentițiune și când a umblat în picioare. Neagă ori-ce maladie infecțioasă. Menstruată la 14 ani, timp de 3 zile, fără dureri, cu mici perderi de sânge; a avut menstruele regulat. Măritată de aproape un an, a mai avut o singură dată menstruația după căsătoria.

Istoricul sarcinei actuale. Nu știe exact data când a avut pentru ultima dată menstruația; după supresiunea menstruațiunei nu a prezentat nici o turburare funcțională din partea vre-unui organ. Primele mișcări fetale le-a simțit în cursul lunei Iunie 1909. N'a avut varice nici edeme ale membrelor inferioare.

Primele dureri de facere le-a avut în ziua venirei în Institut, la ore 8 a. m; la început dureri lombare, apoi cu iradiațiuni către ipogastru, coprinzând și abdomenul, dureri venind la intervale din ce în ce mai apropiate. La ora 4.30′, s'au rupt membranele dând scurgere la puțin lichid amniotic, iar la ora 5.35′ veni la Institut.

Starea prezentă. Statura mică, 1 m. 54 ctm., cu țesutul celular subcutanat puțin desvoltat; scheletul nu prezintă urme de rachitism; n'are varice, nici edeme ale membrilor inferioare.

Nimic din partea aparatului pulmonar și circulator; ficatul normal, splina percutabilă, rinichii nu se simt; urina nu conține albumină. Sensoriul și sensibilitatea normală.

Masca sarcinei foarte pronunțată, corpul tiroid nu e mărit de volum. Mamelele puțin desvoltate cu areola și mamelonul bine pigmentat.

Linia albă pigmentată, cicatricea ombilicală foarte puțin distinsă; câte-va vergeturi rozate, discrete pe flancuri. Abdomenul are o formă regulată, fără a prezenta profilul obișnuit al femeilor însărcinate, adecă proeminent, ci mai mult turtit. Palparea ne arată că fundul uterului se află sub falșele coaste, făcând să dispară golul epigastric. Uterul prezintă contracțiuni dureroase, succedându-se la scurte intervale, și ținând aproape jumătate de minut, ceea-ce ne înpedică întru cât-va facerea examenului. In momentele de repaos ale uterului prin palparea bimanuală, constatăm că segmentul inferior al uterului este destins de o parte fetală, mare, dură, regulată, puțin mobilă, care fu imediat recunoscut a fi capul așezat în fosa iliacă stângă, putând fi uşor atinsă de această parte, pe când de partea opusă, căpătăm senzaţiunea că între partea fetală şi mâna exploratoare se află o masă lichidă. Latura stângă a uterului părea goală, pe când cea dreaptă era ocupată de un plan lat, rezistent, mergând până către fundul uterului şi spre dreapta; către fundul uterului în stânga se simţea cu mare greutate părţi mici petale. La ascultaţie auzim un dublu maxim de bătăi ale cordului fetal, unul în dreapta liniei mediane, puţin indărat şi mai jos de ombilic, şi altul la stânga, înainte şi mai jos de ombilic.

Faptul că avem de a face cu o primipară, şi cu toate acestea craniul nu era angajat, şi văzând şi deviaţiunea manifestă a capului fetal spre fosa iliacă unde toate tentările noastre de aducere spre deschiderea strâmtorei superioare nu ajunseră la nici un rezultat. ne-am hotărât a complecta examenul nostru.

Menţionăm că, femeei de la sosirea la Institut i s'a pus o clismă care i-a evacuat restul de materiile fecale; cateterismul vezical nu s'a mai făcut femeea golindu-şi singură vezica de vre-o 200 grame urină.

Ştiind acest lucru, pentru moment nu ne puteam gândi că deviaţiunea capului era datorită unei distencii de urină a vezicei, şi toată atenţiunea ne-am îndreptat-o asppra bazinului, la măsurarea diametrelor, căruia am procedat imediat, căpătând următorul rezultat:

21 ctm. pentru diametrul bispinos iliac,
24 „ „ „ bicrestelor,
18 „ „ „ Baudeloque.

Măsurătoarea diametrelor externe ale bazinului ne da deci o uşoară micşorare a tuturor acestor diametre, cari ne putea explica până la un oare-care punct lipsa de angajare a capului, dar nu şi deplasarea lui către fosa iliacă stângă.

Tactul vaginal ne permise să constatăm că excavaţia era ocupată de o tumoră insinuată între peretele excavaţiei şi peretele lateral al vaginului, având dimensiunile unui cap de făt de 7 luni, de o formă mai mult ovoidală, cu marele ax în axul bazinului şi al cărei pol inferior se scobora până la vulvă. Tumora cu conţinutul lichid avea o suprafaţă netedă, regulată era elastică şi cu tensiune mare. Prin presiuni repetate nu am reuşit a o reduce în abdomen, nici a-i micşora volumul.

Segmentul inferior al uterului, împins către flancul stâng, se atingea cu greutate. Prin orificiul uterin, dilatat ca o piesă de 50 bani și deviat mult la stânga, la tactul combinat abdomino-genital, dăm de capul fetal și de fontanela posterioară.

Imediat ce înceta presiunea mânei abdominale, care avea scopul de a scoborî capul și a-l menține la strâmtoarea superioară acesta își relua locul sau în scobitura iliacă stângă, grație elasticității tumorei vaginale.

Promoritonul se atingea cu ușurință și pelvimetria internă ne-a dat 10 ctm. — din cari scăzând $1^1/_2$ ctm. grosimea, înclinarea și lungimea neobicinuită a simfizei — ne rămâne $8^1/_2$ ctm. utilul.

La ora 7 p. m. procedem la un al doilea examen extern, care ne dă aceleași rezultate ca și primul. Capul își menține pozițiunea sa în scobitura iliacă, fără nici cea mai mică tendință la angajare. Inainte de a proceda la al doilea examen intern, cercăm să cateterizăm femeea, deși urinase cu puțin înainte vre-o 200 gr. urină, gândindu-ne și la posibilitatea unui cistocel cu retenție de urină. Cateterizmul se făcu cu cea mai mare greutate și numai după repetate încercări, cateterul metalic (sonda nu a putut pătrunde) pătrunse orizontal distanța devre-o $2^1/_2$ ctm. și apoi fu oprit de un obstacol ce nu era capul — căci acesta era ridicat de mâinile unui ajutor. — Intorcând cateterul cu vârful în jos, pătrundem încă cu câți-va centimetri în profunzime, și atunci pepavilionul sondei își face apariția un puternic jet de urină. Se extrage prin cateterizm ast-fel 700 gr. de urină. Scoaterea cateterizmului se face cu aceiași greutate ca și întroducirea lui, dat fiind situația anormală pe care a trebuit să i-o dăm pentru a'l face să pătrundă, pavilionul se găsea aproape vertical dirijat în sus.

Un nou examen extern ne arată de astă dată că capul ocupa deschiderea strâmtoarei superioare și se atinge mai bine în partea stângă, de cât în dreapta.

Examenul intern ne confirmă prevederea noastră de a fi făcut cateterizmul, căci tumora se evacuase pe canalul sondei aproape în întregime, ne mai rămânând între peretele vaginului și acel al excavației de cât o mică pătură de lichid, pe care am redus-o în abdomen prin presiuni îndreptată de jos în sus.

Capul fetal ne mai având obstacol scoborârei sale, se flectase în dejuns și angajase parietalul posterior în poziția O.I. D.P.

Contracțiunile uterine fiind bune, dilatarea complectă a orificiului uterin se făcu la ora 9.25, expulzia fetului la 10.25 și expulzia spontană a placentei după 15 minute. Totalul travaliului a fost de 14.40.

Fătul de sex femenin, viu, greutatea 2.700 gr., lungimea 48 ctm. şi următoarele diametre ale capului:

Occipito-frontal 11 ctm.
Occipito-mentonier 12 ctm.
Biparietal 9 ctm.
Bitemporal 7.5 ctm.
Suboccipito-bregmatic 9 ctm.

Placenta nu prezenta nimic anormal, avea 500 gr.; membranele rupte central; cordonul cu inserţie centrală avea lungimea de 32 centimetri.

Lehuzia s'a făcut în cele mai bune condiţiuni, fără a avea cea mai mică ascensiune febrilă.

A eşit sănătoasă împreună cu copilul în ziua de 26 Februarie a. c.

Inainte de plecarea femeei, pentru a mă convinge de existenţa cistocelului, am mai făcut două examene genitale. La primul examen, am găsit că, chiar cu o mică distensiune de urină, vezica făcea un relief destul de însemnat în vagin. Inaintea celui de al doilea examen, am golit complect vezica prin cateterizm şi de astă dată, către partea superioară a fundului de sac vaginal anterior, se simţea corpul vezicei, mic, strâns. Injectând cu ajutorul unei sonde Nelaton, vre-o 300 ctm. c. de soluţie de acid boric 4 la sută, în vezică, cistocelul a reapărut manifest.

Nu mai rămâne nici umbră de îndoială că am avut aface cu un cistocel vaginal, care prin reţenţia de urină a fost cauza întârzierei travaliului.

Dacă chestiunea n'ar fi privită de cât din punctul de vedere că aceasă distocie s'a prezentat la o femee primipară, încă ar avea importanţa, căci precum am văzut, între cauzele cari produc prolapsul genital, multiparietatea şi slăbirea perineului au un rol capital; excepţional numai, prolapsul genital complect (cistocel, rectocel şi prolaps uterin) sau parţial (cistocel) se întâlneşte la primipare.

In cazul meu, pentru că nu am văzut femeea de cât în timpul travaliului şi la plecare, atunci când uterul, deşi devenit organ pelvien, încă nu-şi făcuse involuţia complect — deci nu revenise la volumul normal — nu pot şti dacă cistocelul nu era asociat şi cu un oare care grad de prolaps uterin. Ar trebui urmărită femeea şi examinată ulterior pentru a ști cu precizie acest lucru, asemenea ar trebui observat cum se va comporta cistocelul ei la sarcinile ulterioare, dacă acestea vor avea loc.

Din punct de vedere clinic, pur obstetrical, distocia prin cistocel, favorizată de retenția de urină (700 gr.), constitue un fapt excepțional. Știm că multiparele sunt expuse a prezenta un grad, mai mult sau mai puțin important de cistocel și prolaps uterin și totuși nici o dată aceasta nu dă loc la o retenție de urină așa însemnată, care să constitue un obstacol în travaliui.

Pentru ca cistocelul să devie la un moment dat un obstacol, trebue ca urina acumulată în vezică să nu mai poată avea o cale de eșire. Aceasta se întâmplă când vezica, din organ pelvi-abdominal are tendința — chiar atunci când e destinsă la maximum — să devie numai organ pelvien. In acest mod accesul urinei în vesică, prin uretere este liber, și tot așa din vezică în afară prin uretră are o cale, atât timp cât nimic nu împedică permeabilitatea uretrei. Vezica se evacuează de urină deși nu complect, rămânând o cantitate oare-care în fundul de sac ce-l face cistocelul. Presupunând însă că vezica este surprinsă la moment dat în stare de distensie, — cum de ex. era în cazul meu — prin începutul travaliului, ale cărui primi timpi sunt de acomodație și angajare a părței fetale în strâmtoarea superioară, atunci ea nu-și va putea evacua de cât urina aflătoare în porțiunea ei abdominală, pe când cea aflătoare în partea decrivă, care formează cistocelul, va rămânea.

Când urina rămasă va fi în mare cantitate și când nu va avea eșirea liberă prin uretră, va umplea excavația, aducând o jenă în angajarea și scoborârea părței fetale.

E neîndoioasă jena pe care a adus-o cistocelul în cazul de față căci de unde până la cateterizarea vezicei, travaliul, în timp de 11 ore nu ajunse de cât la dilatarea orificiului uterin, ca o piesă de 50 bani (segmentul inferior al uterului, fiind deplasat mult spre stânga și sus, iar craniul fetal neangajat), din acel moment totul reintră în ordine și facerea se efectuă spontaneu după 3°.25,

Deci supresiunea obstacolului, aduse uterul în axa bazinului și făcu posibilă angajarea fetului.

Eroarea, în ce privește diagnosticul, e posibilă cu tumorile lichide abdomino-pelviene, cum de ex. este un chist al ovarului, eroare pe care am comis-o și eu în primul moment, căci faptul că femeia urinase singură vre-o 200 gr. de urină m'a fătut să socot inutil cateterismul, Cu retenţia de urină fără cistocel, datorită compresiunei uretrei de partea fetală, eroarea nu se poate face. càci în acest caz, băşica se desenează, se palpează, se percută, se manifestă ca organ abdominal.

Eroarea de diagnostic, în cazul când cistocelul cu retenţia de urină ar fi luat drept un chist al ovarului, poate duce şi la erori de tratament. Deşi în cazurile când tumorile lichide mai mici abdomino-pelviene, se găsesc înaintea fetului, pot da trecere acestuia printr'un mecanism observat de mulţi mamoşi (Pinard) — reducerea treptată a tumorei în abdomen pe măsură ce travaliul înaintează — totuşi une-ori această reducere nu are loc şi fetul rămâne deasupra obstacolului. Pentru aceste cazuri s'a recomandat reducerea manuală a tumorei, dacă e posibilă sau puncţia ei, şi evacuarea lichidului. Când însă contracţiunile uterine sunt puternice şi rezistenţa pereţilor tumorei e mică, aceasta cedează, se rupe, şi facerea îşi urmează cursul.

Acelaşi lucru s'ar putea întâmpla şi cu cistocelul şi Charpentier citează cazuri de ruperea vesicei.

In cazul meu, n'am reuşit a reduce tumora, care era destul de mare şi cu tensiune, dar cateterizmul a dat femeei posibilitatea unei faceri spontanee.

LUNA MEDICALĂ

Reviste şi publicaţiuni streine

Biologie

CHAUFFARD et GANY LAROCHE. — Patogenia Xantelasmei. *Semeine médicale* No. 21, 1910. Xantelasma a fost considerată de unii autori ca o neoplasie cutanată. Considerată de Gilbert şi Lerenboullet ca semn revelativ de cholemie hereditară sau capitală.

Celulele cari compun xantelasma (celule xantelasmice) sunt de origină conjunctivă. Sunt elemente cari conţin în protoplasma lor granulaţiuni adipoide solubile în disolvanţii grăsimilor şi substanţelor lipoide. Cu acid osmic se vede că sunt două substanţe, una care se colorează în brun, alta care iea culoare neagră închisă. Prima substanţă se colorează cu Sudan III în portocaliu pe când cea de a doua în roşu închis. Pe lângă aceasta prima mai posedă încă un caracter diferenţial de a doua (adevărată substanţă grasă): *birefringenţa.*

Sunt două substanţe deci, una *s. grasă propriu zisă,* cu caracterele de coloraţii tipice; a doua un lipoid care dă reacţiunea clasică a *cholesterinei.*

Serul ictericilor şi xantelasmicilor conţine o cantitate în general mult mai mare de cholesterină de cât serul normal.

Ar fi vorba deci de hypercholesterinemia, cu deposiţie a cholesterinei în oarecare puncte speciale, (plăci cutanate, pleoape, puncte traumatisate de injecţiuni subcutane în cazul lui Chauffard), care prezintă condiţiuni anatomice particulare (pentru faţă ar fi circulaţia mai abundentă).

Pentru xantelasm în diabet, nu ar fi vorba tot de cât de hypercholesterinemie. Atât în icter cât şi în diabet, această stare ar fi datorită unei turburări mai mult sau mai puţin profundă în metabolismul grăsimilor, ţinân de o turburare în funcţiunea pancreasului.

Xantomul nu este o neoplasie deci, ci o simplă depoziţie de cholesterină în unele puncte predispuse.

Xantomul este semn de hypercholesterinemie, după cum toful gutos este semn de exces de acid uric în ser.

DANIELOPOLU

OSKAR FISCHER. — **Asupra meningitei tuberculoase.** (*Münch. Med. Woch.* 20 Febr. 910). Lucrare făcută pe 260 cazuri de meningită tbc din clinica lui Curschmann din Leipzig. Dintre acestea, 33 până la 14 ani; 33 între 14 şi 20 de ani; 74 între 21 şi 30 şi 62 între 31 şi 40.

Cea mai mare parte sunt meningite bazale. Numai o optime din cazuri meningita a convexităţei.

Ca simptomatologie autorul dă relaţii mai ales asupra cazurilor la adult. Kernig nu este constant. A observat contracţiuni tonice şi tonice în domeniul facialului. De cele mai multe ori temp. variează între 36.6 şi 38.8; rar peste 39°, foarte rar peste 40°.

Nici un caz vindecat. Teoreticeşte însă, autorul nu exclude posibilitatea vindecărei.

Cytologie: limfocitoză. Numai odată bacilul Koch era present în lichid.

Accentuează în poziţiunea verticală şi dispare în decutitul dorsal. Această lordoză ar face o compresiune pe vasele renale ceea-ce ar determina o congestiune în rinichi, cauza albuminuriei.

In cazul de faţă compresiunea datorită scoliozei s'ar face de o singură parte, de aceea a concavităţei scolioze.

DANIELOPOUL

ERICH MEYER şi EHIL EMMERICH. — **Asupra hemoglobinei paroxistice** (cercetări clinice, hematologice şi serologice). (*Deutsche Archiv. f. Kl. Med.* 92 Bd. 3—4 H.) Nu este vorba de o simplă transformare a hemoglobinei în plasme şi eliminarea acestei substanţe prin rinichi, de oare-ce în urină se găseşte une-ori fragmente de globuli şi în canaliculii urinari globulii sanguini.

Sunt oare-cari motive cari ne face să apropiem hemoglobinuria paroxistică la om de boala asemănătoare la cal şi bovidee, în care frigul joacă un rol important.

Patogenia:

Diminuarea resistenţei globulare după Chrostek.

Prezenţa unei hemolisine în plasme după Eherlich, Donath şi Landsteiner găsesc că există în ser o hemolizină (auto şi iso-h) care nu pot sensibiliza hematiile de cât la o temp. joasă. Hematiile bolnave sau normale nu se hemolizează în prezenţa serului bolnavului la ghiaţă, nici la temp. termostatului. Hemolisa nu se produce de cât dacă, după un timp oare-care la temp. joasă se transportă amestecul la 37°.

Incălzind serul la 56°, această acţiune hemolitică dispare, reapare prin adăogire de ser normal.

Cercetările lui Donath şi Landsteiner au fost confirmat de Hoover şi Stone, Widal şi Rosteine; n'au fost confirmate de Choroschilow şi Gernacki.

M. şi E. face un studiu complect a 4 cazuri de hemoglobinurie paroxistică.

In toate aceste cazuri influenţa frigului este manifestă. Autorii au putut reproduce icterul în mod experimental, punând pe bolnavi cu picioarele în apă la temperatura de 10—12° timp de $^1/_4$—$^1/_2$ oră.

După 1—2 ore bolnavul are frison, apoi temperatură înaltă. Puţin timp, sau câte-va ore în urmă, urina este bună, conţinând cantităţi mici de hemoglobină.

In intervalul acceselor formele leucocitice arată limfocitoză, care diminuă în timpul acceselor.

După finele accesului se constată o cantitate mare dehemobilină în urină (ca în ori-ce caz în care se produce o distrucţie pronunţată în organism, care condiţiona ca parte din sânge a se resoarbă).

Proprietăţile serului. Tehnica: se amestecă 0,1 c. c. ser de la bolnav, cu 0,1 c. c. sânge de la acelaş bolnav 10%. In o altă serie de tuburi se face acelaşi amestec cu sânge normal, ser normal cu sânge de la hemoglobinurie şi ser normal cu sânge normal. Se pune la temperatură joasă, apoi la 37°. Altă serie de tuburi, cu amestecuri făcute la fel se ţine la 37° numai.

Se constată că numai în tuburile cari, după ce au fost ţinute la temp. joasă sunt puse la termostat, se produce hemolisă.

Autorii constată încă un fapt important. Experienţa reuşeşte mult mai bine când se adaogă amestecului ser normal (complement) în doză de 0,1.

Ast-fel în cazurile sale, în care a făcut proba lui Doneth şi Landsteine în mai multe rânduri, la intervale deosebite, s'a întâmplat ca, urmând tehnica acestor autori (fără complement) reacţiunea să fie negativă de mai multe ori decât dacă adăoga complement. Variabilitatea complementului explică în parte rezultatele contradictorii ale autorilor cari au controlat lucrarea lui Donnett şi Landsteiner.

In cazurile în cari propr. D—L era negativă, serul nu era capabil să activeze ca sistem hemolitic.

Din cercetările făcute pe aceste 4 cazuri reiese că lipsa de complement este mai ales manifestă imediat după accesele de hemoglobinurie.

Aceste variabilităţi de complement la hemoglobinurie este mult mai pronunţată de cât la alţi indivizi (Moro). Lipsa de complement în raport cu accesele de hemoglobinurie a fost observată şi de Grafe şi Müller. Probe de sânge luat înainte, în timpul şi după baia de picioare, care produce icterul, nu a conţinut complement. Este probabil că aceasta este datorit faptului că această substanţă este repede întrebuinţată pentru hemoliza în vivo şi nu este regenerată cu uşurinţă.

Autorii constată un fapt interesant: dacă se face la un hemoglobinurie cu ajutorul unui inel de cauciuc o stază sanguină într'un deget, care apoi se ţine timp de 10 minute în apă la temp. scăzută, sângele luat din pulpa acelui deget conţine complement; pe când sângele scos din pulpa unui deget la fel tratat dar neţinut la temp. joasă nu are această proprietate.

Rezultă deci că una din cauzele principale ale variabilităţei rezultatului probei D—L, este variabilitatea complementului. Cum se explică însă rezultatul negativ, chiar când se adaogă la amestec complement? Este probabil vorba, fie de lipsă de hemolizină, fie de o acţiune antihemolitică pasageră a serului hemogloburicilor.

Globulele roşii de la un hemogloburic sunt mai puţin hemolizat de serul aceluiaş bolnav, de cât de serul unui alt hemogloburic. Explicaţia: Landsteiner şi Leiner au găsit în serul uman hemolizină pentru sângele altui individ, ţinând amestecul numai la 37°. Este vorba foarte probabil de un fenomen analog.

Asupra substanţei hemolitice din ser.

Este vorba de un anticorp hemolitic care se fixează pe globulele roşii numai la temperatură joasă. Acest fenomen se petrece şi în vivo? Rezultatele autorilor le permit să răspundă în mod afirmativ. In adevăr serul scos de la un deget legat la bază şi ţinut 10 minute în apă rece, hemolizează globulele roşii de om la termostat, pe când serul scos de la alt deget neţinut în apă rece nu au hemoliză de cât dacă amestecul este pus câtva timp la temperatură joasă şi în urmă transportat la 37°.

Doneth şi Landsteiner au demonstrat că există indivizi la cari reacţia D—L este pozitivă, deşi n'au prezintat nici o dată accese de hemoglobinurie paroxistică. M. şi E. cred că în afară de existenţa acestei hemolizine în sânge, este nevoie de încă doi factori pentru ca accesul de hemoglobinurie să se producă.

1. Diminuţia rezistenţei globulare.
2. Turburările vasomatorii cari se găsesc la hemoglobinurie.

Rezistenţa globulelor roşii.

Autorii studiază influenţa variaţiunilor de temperatură asupra hemolizii sângelui de hemogloburie şi de om normal. Pe când hematiile normale se hemolizează foarte puţin dacă după ce au fost ţinute la 55°, sunt puse la temp. joasă (apă cu gheaţă), globulele roşii ale hemoglobinuricilor se hemolizează mult mai intens şi la variaţiuni de temp. mai mică.

Globulele hemoglobinuricilor sunt mai fragile de cât cele normale dacă se supun la agitaţii în balon cu perle. De asemenea sunt mai sensibile la saponină şi acidul acetic.

Autorii constată că hematiile sensibilizate cu ser de hemogloburie sunt mai rezisteţi faţă de saponină de cât cele nesensibilizate.

Se pune întrebarea: proprietatea hemolitică a serului este factorul hemoliză, sau produsele de distrugere ale hematiilor provoacă în organism formaţiunea hemolizinei.

Prin faptul că antihemolizina se obţine cu greutate, autorii închină pentru ipoteza primă.

Pvoprietăţile opsonice ale sângelui de hemoglobinemic faţă de hematii.

Serul hemogloburicilor conţine substanţe cari favorizează fagocitarea hematiilor normale de către leucociţii mononucleari.

DANIELOPOLU

Y. TERUNCHI şi H. TOYODA. — **Diagnosticul sifilisului prin cuorinsero-reacţie.** (*Wiener klin. Woch.* 1910 No. 25). Reacţia Wassermann veche este grea de făcut, iar reacţia Porges-Meier mult specifică. De aceia autorii s'au gândit la o altă reacţiune constând în precipitate obţinute cu serul sifiliticilor asupra unei substanţe extrase din cordul de bou de Erlandsen şi numită cuorin. Se extrag prin tratarea succesivă a cordului uscat de bou cu eter, acetonă şi alcool. După Erlandsen este vorba de un difosfatid, pe când lecitina este un monofosfatid. In eter este foarte solubil, iar în apă formează o emulsie omogenă, precipitatul cu serul de bou. Soluţiunea întrebuinţată de autori a fost de 0,3 la sută în apă distilată. Pentru proporţii diferite (de la 0,5 c.c. până la 0,012 c.c.) ser de la bolnav se adaugă aceiaşi caatitate (0,5 c.c. din sol de amoniu 0,3 la sută) de cuorin. Se ţine la 37 grade timp de 2 ore. Se constată o precipitare cu atât mai intensă cu cât cantitatea de ser este mai mare.

Cu serul uman autorii au obţinut urmatoarele rezultate:

In sifilisul secundar 71 la sută rezultat pozitiv; în sifilisul latent 71,4 la sută şi în sifilisul terţiar 75 la sută.

Au obţinut încă reacţiunea pozitivă într'un caz din trei de cancer, în 2 din 2 cazuri de malacie şi în 1 din 2 cazuri de lepră.

In 9 cazuri de tuberculoză, 16 febră tifoidă, 6 de Beri-beri, 3 de blenoragie şi la 4 indivizi normală, reacţiuni a fost negativ.

Mai târziu Mitsuta a obţinut în 41 din 46 de cazuri de lepră reacţii pozitivă. Cazurile negative au fost lepră nervoasă.

Ito şi Iyeda controlează reacţie în sifilis şi găsesc reacţia pozitivă în 10 din 14 cazuri de şancăr sifilitic, 21 din 23 sifilis secundar, 20 din 38 sifilis latent (?) 9 din 9 cazuri de sifilis terţiar, 2 din 6 cazuri de afecţiuni parasifilitică. Din 35 de seruri de control, 5 au dat reacţie pozitivă.

Reacţiunea este deci în majoritatea cazurilor pozitivă în sifilis şi numai în 2 cazuri în alte afecţiuni (afară de lepră).

Cuorinul este foarte oxidat la aer, dând o substanţă care nu mai este solubilă în eter şi care dă o soluţiune limpede în apă. Se conservă bine în pipetă de sticlă închise la flacăre.

Dializarea serului îşi măreşte proprietatea precipitantă asupra cuorinului. Serul normal capătă această proprietate după dializare. Serul tratat cu eter nu-şi schimbă proprietăţile sale.

Autorii cred că în serul animal sau uman, există două feluri de substanţe: precipitante pentru cuorini şi împiedicătoare. Substanţele precipitante predomină în serul animal şi în cel sifilitic sau lepros; cele împiedecătoare ar predomina în serul normal. Dacă se încălzeşte serul care din reacţia pentru la 60_0, pierde propr. precipitantă, Substanţa precipitantă ar fi termolabilă, pe când cea împiedecătoare termostabilă. După tratamentul antisifilitic reacţiunea dispare.

Cuorinreacţiunea a dat rezultate concordante cu Wassermann în 1, din 16 cazuri.

DANIELOPOLU

Bacteriologie

BELIN. — **Hérédité de l'anaphylaxie sérique.** Un Cobai femelă în gestaţie primeşte o injecţie de ser de cal, 21 zile înainte de gestaţie. Trei zile după naştere un cobai mic născut din cobaiul injectat este sacrificat prin hemoragie; să trece un curent bun de apă fiziologică prin carotide pentru a lua ori-ce urmă de sânge. In urmă extractul de creer amestecat cu ser de cal sau măgar, inoculat intracerebral unui cobai nou îl omoară aproape imediat cu fenomene tipice de anafilaxie. Nu să obţine nimic dacă se întrebuinţează extractul din vre-un alt organ. Martorii cu substanţă cerebrală sau ser de cal sau măgar nu au nimic. Aşa dar sensibilizarea mamei înainte sau în timpul gestăţiei ar produce la fetus o toxigenină, care să fixează pe celulele encefalului.

GAUTHIER et RAYLEAND. — **Conservation prolongée du bacille de Yersin chez les puces en sommeil hivernal.** Recoltând puricii (ceratophylus fesciatus) de pe guzganii pestoşi şi punând-ui apoi în tuburi de sticlă la gheţar, a încercat virulenţa lor până la 45 zile de la injecţiune. Până la această dată toţi guzganii, injectaţi prin mijlocul acestor purici au murit de pestă. Cum în latitudinele înalte a regiunilor temperate hibernaţia puricilor e încă prelungită, să poate vedea ce importanţă are vântul pentru endemicitatea acestor regiuni.

ODDO et MORIER. — **Modifications de la formule lencocytaire après l'hémoptisie chez le tuberculeux.** Cercetările sângelui la 7 tuberculoşi hemoptoizanţi arată o însemnată mărire a numărului leucocitelor după hemoptizie; înmulţire însoţită de-o diminuare egală a mononuclearelor. Maximum de leucocite 20 până la 29% să constată mai ales a 2-a zi după hemoptizie şi este interpretat de Dominici la o neoformaţie epitelioidă, care să produce în jurul focarelor tuberculoase. Limfocitoza n'ar fi deci de cât expresiunea unei izbucniri abundente de leziuni tuberculoase; limfocitele să transformă în urmă în mononucleari mari şi dacă leziunile continuă să evolueze o polinucleoză intensă îşi ia locul.

SÉGARY. — **Constatation du trépomène dans l'artérite cérébrale syphilitique.** Un caz de sifilis malign, la care 2 luni de la accidentul primar, apar sifilide psoriaziforme şi 45 zile mai în urmă hemoragie cerebrală şi moarte. La autopsie, pe lângă celelalte leziuni specifice, apare în mod evident arterita sifilitică a celor 2 silviene. Important că examenul bacteriologic amănunţit nu evidenţiază spirocheţi de cât în nişte noduli cazeoşi, cari se găseau în partea profundă a periarterei şi numai a silvienei din dreapta.

CARNAT et SLAOU. — **Sur un procédé capable d'éviter les accidents d'anaphylaxie sérique.** Adăugând serului de cal o soluţie normală de Hcl 3.3 la mie în proporţie de $^1/_{11}$, doză care nu achimba întru nimic calităţile antitoxice ale serului, autorii în mod constant ar fi evitat fenomenele de anafilaxie.

IAMANOUCHI.—**Expériences d'anaphylaxie chez l'homme et le singe.** Inoculează unui om 1 c.m.c. ser de cal, după 21 zile îi scoate sânge; serul, inoculat intraperitoneal unui cobai, căruia după 24 ore îi inoculează 1 cm. c. ser de cal dă fenomene tipice de anafilaxie urmate de moarte. Pe lângă acest fenomen de transmisiune a anafilaxiei de la om la cobai, autorul mai capătă fenomene active de anafilaxie cu ser de om, cimpanzeu şi maimuţe inferioare; nu poate nici odată însă transmite anafilaxia pasivă la cobai prin maimuţele inferioare. Serul de om şi cimpanzeu au valoare egală în experienţele de sensibilizare.

WEINBERG et IONESCO-MIHAIESTI. — **Apropos de la réaction à la meiostagmine.** Amestecul de antigen şi anticorpi, dând o scoborâre însemnată a tensiunei superficiale a fost utilizat de Ascoli în diagnosicul diferitelor boale. Technica, destul de simplă constă în amestecul de ser diluat $^1/_{20}$ cu antigen prealabil titrat în prezenţa serului normal, care a stat 2 ore la etuvă la 37° sau o oră numai la apa-marină 50°.

Numărul de gute la stalagmometrul lui Traube este superior numărului obţinut cu ser normal. Izar aplicând această metotă a găsit-o mai sensibilă ca reacţia de fixaţie, ca Wassermannul în sifilis şi ar fi găsit-o şi în echinococoză. W. Z. încercând metoda în 10 cazuri de echinococoză ci întrebuinţând stalagmometrele cele mai perfecţionate, au obţinut în tot-deauna rezultate negative.

M. C.

Chirurgie

DELLINGER BARNEY. — **Varicocel; analisa a 403 cazuri.** *The Boston medical and chirurgical Journal,* 1910, No. 11, pag. 350 (după *Journal de Chirurgie* IV. No. 4, p. 580). Din analisa a 403 cazuri de varicocel, autorul trage conclusiunile următoare:

Etatea la care bolnavii reclamă operaţiunea, este, în general, între 20—25 ani; 79 din bolnavi, aveau 15—20 ani; 85 aveau 25—30 ani; 81% erau celibatari.

In 8% din cazuri, boala data din naştere; dar, cele mai adesea (151 cazuri) maladia îşi face apariţia între 1—5 ani.

De 365 ori varicocelul era numai în stînga; de 5 ori numai la dreapta; de 33 ori a fost dublu.

Din aceştia, 270 bolnavi au cerut operaţia din cauza durerilor; 17 — fiind-că aveau să fie supuşi unui examen ulterior; 22 — din cauza volumului şi a sudorilor profuse a burselor; 68 n'aveau nici un motiv special; 18 încercaseră toate tratamentele şi veniseră la chirurg, în desperare de cauză; 8 erau vechi operaţi la cari survenisă ricidivă (pentru nici unul nu se ştie genul de operaţie ce ii s'a făcut).

In 13 cazuri a găsit trombosă venoasă; în 36 cazuri turburări mentale pronunţate (ipochondrie, melancolie, impotenţă sau indeferenţă genitală); de 46 ori, testiculul corespondent era atrofiat — adică era o scădere de volum şi de consistenţă, cu pierderea sensibilităţei normale. Această atrofie a fost une ori foarte pronunţată de şi varicocelul era mic, iar alte ori era abia marcată sau lipsea complect de şi varicocelul era mare. Pentru acest cuvânt Barney crede că aci n'ar fi vorba de o atrofie secundară ci de o oprire în desvoltare. In 61 cazuri s'a găsit coexistenţa cu epispadias, hypospadias, hernie; în 17 cazuri — cu varice ale safenei sau cu hemoroizi; în 4 cazuri s'a găsit varice la părinţii bolnavului.

Dellinger cunoaşte rezultatul operaţiunei în 39 cazuri operate de 1—10 ani (rezecţia venelor bolnave). Din acestia, 36% n'au tras din operaţie nici un beneficiu, din punct de vedere al durerilor: durerile persistă în testicul sau în inguină; 27% sunt încă impotenţi sau indiferenţi; 15% au recidivat; 80% declară a fi tras oare-care *(quelconque)* beneficiu din operaţie.

D. est peu émerveillé par les résultats de ses „soidisant opérations radicales“.

Aceste constatări ale lui Dellinger confirmă în totul acea ce am arătat încă din Noemb. 1909 (V. Gomoiu — Cercul de Studii genito-urinare) şi mai ales sprijină afirmaţiunile mele din „Spitalul“ No. 7, din 1910. G.

G. GROSS et A. BINET. — **Mort subite aucours de l'hémostase par le procédé de Momburg.** *(Revue de Chirurgie,* 1910, No. 5, pag. 807). In 1908 Momburg a arătat posibilitatea de a obţine hemostosa provisorie a jumătăţei inferioare a corpului, prin ajutorul unui tub de cauciuc strins în jurul mijlocului. Acest procedeu, care s'ar putea aplica cu folos în unele cazuri de urgenţă, dar a cărui generalizare o găsesc cu totul neraţională, a dat loc la o mulţime de accidente. In afară de turburările circulatorii obişnuite, dar mai mult sau mai puţin fugace (frequenţa pulsului, micimea lui etc.), s'au relatat turburări nervoase, ca: paralisia vesicei şi a rectului, retenţie şi incontinenţă urinară, crampe în membrele inferioare. Une-ori s'a constatat epistaxis, expectoraţie emoptoică, emoragii intestinale — datorite ipertensiunei vasculare ocasionatăde întreruperea circulaţiunei în vasele mari. S'a notat apoi gangzene limitate, colapsus, sincope sau alerte şi chiar s'a semnalat instalarea de turburări circulatorii persistente.

In 1909 Bovis semnalează primul caz mortal, în urma aplicărei acestui procedeu.

Acest al doilea caz (a lui Gross şi Binet se raportă la o bolnavă căreia îi se făcuse desarticulaţia coapsei, sub anestesie cloroformică. Operaţia durase 15 minute. In timpul când făcea sutura pielei, tubul de hemostasă a fost desfăcut cu încetul; la un moment dat, pulsul, care în tot timpul emostasei fusese mic, repede (110) dar regulat, se opreşte brusc, bolnava devine palidă şi cade în sincopă. Ori-ce ajutor a fost inutil. La necropsie, s'a constatat că era vorba de o distensiune acută a cordului drept.

Autorii exclud complect anestesicul din cauză, şi ajutaţi de experienţele lui Rimann şi Wolff atribue această moarte numai emostasei. Pentru aceasta, autorii reclamă existenţa anterioară a unei resistenţe cardiace micşorate, de şi nu se putea aprecia cliniceşte. Autori caută să justifice aplicarea procedeului Momburg prin faptul că bolnava era foarte slăbită. Pentru a evita asemenea accidente, Momburg a arătat necesitatea de a aplica mai întâi un garot, pentru a evita compresiunea arterelor mesaraice şi supresiunea circulaţiunei din teritoriul vascular enorm al intestinului.

G.

J. LOCKHART MUMMERY. — **A new operation for prolapse of the rectum** (O nouă operaţiune pentru prolapsul rectului). (*The Lancet*, 1910. No. 4514, p. 641). Faţă cu numeroasele recidive de prolaps rectal consecutive aplicărei chiar a unora din cele mai bune procedee, procedeul lui Mummery merită toată atenţiunea; — este un procedeu extrem de simplu şi foarte raţional. Autorul la aplicat în trei cazuri şi a rămas foarte mulţumit de rezultatele obţinute.

Se prepară bolnavul ast-fel ca să poată fi supus unei constipaţiuni prelungite. Se face o incisie transversală, aproape de 5 ctm, la jumătate distanţa dintre vârful coccixului şi marginea posterioară a anusului. Prin această incisie se tae inserţia sfincterului extern de pe coccix şi se ajunge până în spaţiul retrorectal. Cu degetul, se deslipeşte rectul pe toată întinderea cât ţine prolapsul — cel puţin până în concavitatea sacrului. Prin această deschidere se introduce o meşe (un fitil) de tifon sterilisat, cu scop de a împedica o realipire prin prima intenţie a rectului. Se introduce o altă meşe în anus. Se reduce bine prolapsul, se menţine redus prin ajutorul unui tampon şi se pansează. Bolnavul e pus apoi la dietă. Tamponul se ridică a treia zi şi se înlocueşte apoi zilnic, în scop de a obţine granulaţiunea plăgei — o vindecare prin a doua intenţie, care să producă o nouă alipire a rectului mai solidă şi într'o posiţiune ridicată.

Desinserţia sfincterului extern (al anusului) de pe vârful cocixului provoacă o uşoară deplasare înainte a anusului, aşa că măreşte unghiul pe care'l face canalul anal cu rectul şi poate preveni un nou prolaps. In cazul când anusul este prea deschis, se poate practica în acelaşi timp o operaţiune plastică care să 'l mai strâmteze.

Menţinând aceaşi bună aprecire a procedeului, trebue totuşi să fac remarca că autorul nu discută aplicarea şi că atare eficacitatea lui în diferitele forme de prolaps, iar logica ne face a crede că el nu poate da aceleaşi rezultate în toate cazurile.

G.

Neurologie şi Psihatrie

SICORD et FOEX. — **Reactions du liquide céphalorachidien au cours des pachimeningites rachidiennes.** *(Soc. de Neurologie de Paris.* 12 Mai. In *Revue Neurologique.* No. 10. 1910). Autorii au găsit în lichidul cefalorachidian din pachimeningitele rachidiene dorso-lombare (potice sau canceroase) modificări importante mai cu seamă pentru punerea dirgnosticului. E vorba de o reacţie albuminoasă însemnată şi în disproportie cu reacţiunea citologică (limfocitară). Se adaugă la 5 cm. c. de lichid încălzit la fiierbere o picătură de acid acetic sau se adaugă la lichidul neîncălzit acid uitric picătură cu picătură până la producţiunea reacţiunei albuminoase. Un exces de acid redizolvă această albumină. Une-ori reacţia e aşa de intensă în cât dă naştere unei coagulaţiuni masive. Limfocitoza e discretă sau poate lipsi.

Une-ori lichidul are o coloraţie gălbinue slabă sau netă. In ultimul caz se poate observa coagulaţiunea spontanee *in vitro* a lichidului cefalorachidian imediat după eşirea sa din cavitatea aracnoidiană. Adăugăm că glicoza poate fi diminuată în lichidul din pachimeningite.

Autorii disting trei sindrome a le lichidului cefalorachidian în asemenea cazuri: 1. *Sindromul minim,* lichid încolor, limfocitoză absentă glicoza normală, albumină în cantitate notabilă; 2. *Sindromul mediu,* lichid incolor sau abia colorat, limfocitoză minimă, albumină în cantitate notabilă diminuarea glicozei; 3. *Sindromul maxim,* lichid autocromic limfocitoză uşoară sau de intensitale medie, albumină, masivă, absenţa glicozei.

Impreună cu Salin autorii au mai găsit că leziunile uşoare de vecinătate permit trecerea în lichidul cefalorachidian a unei alte substante albuminoză, a cărei prezenţă în acest lichid ne indică o leziune veritabilă. **C. PARHON.**

L'emotion et l'hysterie. *(C. R. de la Société de Neurologie de Paris. In Revue Neurologique* No. 24, 1909). O întinsă discuţie a avut loc asupra acestei chestiuni. Claude rezumă ast-fel raporturile emoţiunei cu isteria. Emoţiunea nu creează isteria, dar poate provoca manifestaţiunea isterică la un individ a cărui emotivitate a fost mai înainte turburată. Dacă se admite că unul din caracterele particulare a stării isterice consistă în facultatea de a izola, amplifica şi fixa într'un grad excesiv unele sensaţiuni sau imagini, se înţelege că istericul poate să prezinte într'un mod intern şi prelungit diferitele expresiuni a le emoţiunei. In ori-ce caz nu pare indoios că unele accidente puse de toţi în cadrul isteriei, ca crizele convulsive, paraliziile contracturile pot fi produse de o emoţie în afară de ori-ce sugestiune.

Dejerine sprijină cu exemple din propria sa observaţie rolul însemnat al emoţiilor în geneza crizelor de isterie. Raymond vorbeşte în acelaş sens. Tot ast-fel Sollier.

Babinski persistă a crede că emoţiunea nu poate produce marile atacuri de isterie cari de alt-fel au devenit mult mai rare de cât se evită bolnavilor contagiunea psihică.

Dejerine admite că marile atacuri din descripţiunile clasice erau un produs artificial şi nu lea observat nici odată în practica privită. In spital ele dispar în câteva zile dacă se izolează bolnavele şi li se spune că vor rămâne complect izolate atât timp cât vor avea crizele.

Sollier consideră criza ca o reacţiune ce apare în momentul când încetează un fenomen inhibitrice ce atinge sistemul nervos în isterie. Emoţia, sugestia ca şi alţi factori sunt capabili să o determine.

Claude obsearvă că sugestia produce criza de isterie tot în cazurile când e însoţită de o reacţie emotivă. Voct vorbeşte în acelaş sens.

Janet consideră criza ca un fenomen complex în producerea căruia emoţia joacă la început rolul principal. Şi obsearvă că imitaţiunea determină crize de isterie la persoanele cărora vederea unei crize în sala de spital le determină o emoţiune.

Babinski obsearvă că cei mai mulţi colegi recunosc astăzi că atacurile isterice regulate au dispărut. Admite ca un individ care a avut odată o „criză emotivei“ poate să reproducă în urmă prin auto sugestie această criză dar reproducerea nu va fi nici odată perfectă şi cu puţine fineţe se va distinge această din urmă crize „pitiatice“ sau sugestive de criza emotivă.

Ballet rezumă discuţia admitând că 1. pemotia-choc poate ocaziona criza numită de regulă isterică şi pe care uni ar voi să-o numeassă simplu emotivă.

2. Că imitaţiunea, sugestia pot să modifice, să desvolte şi amplifice simptomele acestei crize.

Emoţiunea şi paraliziile sau contracturile isterice. Dejerine admite — şi citează cazuri personale — că emoţia poate, fără nici o sugestie anterioară, să producă aceste fenomene. Claude, Ballet aduc de asemenea cazuri ce vorbesc în acelaş sens de şi recunosc că înterpretarea lor poate da loc la divergenţe.

Babinski recunoaşte că emoţia poate produce o inhibiţie generală a motricitatei, poate „să taie mâinile şi picioarele“ dar aceasta stare de alt-fel tranzitorie diferă de paraliziile şi contracturile creată de isterie cari pot coincida cu o stare de linişte morală absolută şi se prezintă de regulă sub formă de monoplegii, emiplegii şi paraplegii şi apar de regulă după un interval mai mult sau mai puţin în lung — foza de meditaţie a lui Charcot — în care timp sugestia şi autosugestia au tot timpul să intervină. Cazurile izolate nu pot conduce la conluzii ferme. Cele colective au mai multă valoare.

Neri n'a putut constata nici un caz de contractare sau paralizie isterică în urma catastrofei de la Reggio-Messina.

Sollier reţine declaraţia lui Babinski că emoţia poate produce o inhibiţie generală asupra tuturor aparatelor. La isterici aceste fenomene sunt amplificate şi emotivitatea lor specială ajunge ca să explice varietatea şi multiplicitatea turburărilor datorite întribiţiunei care e caracterul fundamental al fenomenelor isterice. De alt-fel trebue ţinut seamă şi de cele-lalte fenomene psichice şi fizice ce însoţesc contractarea sau paralizia, turburări pe cari bolnavul le ignorează ceia ce arată că sugestia e străină în producerea lor.

Janet consideră că foarte probabil că ideia (deci sugestiunea) nu poate să determine fenomenele isterice de oare ce ideea prin ei însuşi n'are de cât o minimă acţiunea asupra conduitei noastre. Emoţiile, sentimentele, stările, analgezice, au din contra o acţiune însemnată.

Pitres admite în întregimea acest mod de a vedea, Dejerine vorbeşte în acelaş sens.

Ballet conchide că 1. toţi sunt de acord să admită ca o emoţiune poate să determine contracturi şi paralizii.

2. Că unii — Babinski cel puţin — admite că emoţia nu e suficientă şi că nu lucrează de cât cu concursul unei idei precise de contractură cu paralizii.

3. Rămâne de văzut dacă ideia singură fără un concomitent emoţional poate determina turburări motorii durabile.

Thomas observa că nu trebue exagerat rolul emoţiunelor în geneza accidentelor isterice. Multe Isterice nu par a fi afectate prea mult de starea lor contrar neurastenicilor şi nu există un paralelism constant între intensitatea emoţiei şi apariţia accidêntelor isterice.

Claude crede că rezulta din discuţie ca sugestia singură, fără emoţie nu e capabilă să determine fenomenele isterice pe cari emoţia le poate face să apară în afară de ori-ce sugestiune şi că sugestibilitatea sau piteatesmul şi isteria sânt două stări distincte.

Babinski protestează în contra acestei concluziuni.

Emoţiunea şi anesteziile isterice. Babinski crede că hemi anestezia sensitirosensoriaiă e efectul sugestiunei, Neri care a examinat peste 2000 de indivizi în urma catastrofei din Mesina n'a găsit un singur caz de hemianestezie.

Dejerine citează cazul unei femei cu anestezie isterică la care sugestiunea pare a putea fi exclusă şi crede că s'a exagerat prea mult rolul sugestiunei atât în producerea anesteziei cât şi în aceea a turburărilor motorii. In acelaş sens vorbeşte Janet.

Claude admite că hemianestezia e de cele mai multe ori datorite sugestiunei. Songues, Vogt vorbeşte în acelaş sens.

Sollier pune din contra turburările de sensibilitate din isterie pe contul emoţiunelor şi nu crede că ele sânt efectul sugestiunei medicale.

Pitres admite de asemenea că hemianestezia poate fi provocată de o emoţiune.

Babinski aduce într'o sedinţă ulterioară rezultatul cercetărilor sale relative la ceea ce au putut observa autopsierii spitalelor când familiile veneau în faţa cadavrului unuia din ai lor. Din observaţiile acestea ar reeşi că emoţiile puternice nu sânt în stare să creeze accidentele isterice.

Dejernie crede că aceste condiţiuni nu sânt favorabile pentru apariţia fenomenelor de oare ce familia e deja prevenită când vine în sala de necropsie deci nu e vorba de o emoţiune bruscă.

Janet face de asemenea rezerve relativ la interpretarea rezultatelor lui Babinski.

C. PARHON.

ALPHONSE BAUDOIENE et HENRI FRANCAIS. — **La reaction de Noguchi et Morre dans la diagnostic des affections syphilitiques du nevraxe.** *Revue Neurologique.* No. 10, 1910. După Noguchi şi Morre, reacţiunea e pozitivă în următoarele circumstanţe.

1. In sifilisul secundar şi terţiar fără leziuni directe ale sistemului nervos, lichidul cefalo-rachidian prezintă o reacţiune butirică de slabă intensitate pe când acelaş lichid nu prezinta nici limfocitoză, nici reacţia lui Wassermann.

Reacţia butirică a lichidului cefalo-rachidian cu o limfocitoză pozitivă în 100 % de cazuri de sifilis cerebral sau spinal pe când reacţia lui Wassermann e pozitivă numai în 50—75 %.

In paralizia generală cu acelaş lichid reacţia butirică e pozitivă în 90% cazuri, cito-diagnosticul pozitiv în 91 la sută, iar reacţia lui Wassermann în 73 la sută.

In tabes lichidul cefalo-rachidian prezintă reacţia butirică pozitivă în 100 la sută de cazuri. Tot aşa citodiagnosticul pe când reacţia lui Wassermann nu e pozitivă de cât în 53 la sută.

Tehnica. Se amestecă 2 cm. c. lichid cefalo-rachidian cu 5 cm. c. soluţie 10 la sută de acid butiric. Se încălzeşte până la ebuliţie. Se adaugă 1 cm. c. din soluţia normală de sodă şi amestecul se încălzeşte din nou până la fierbere.

Dacă proteinele sunt superioare cantităţei normale cum e cazul în sifilis apare un precipitat granulos sau floconos ce se depune în 10—15. Lichidul de deasupra e limpede. Aparenţa granuloasă a precipitatului indică reacţiunea pozitivă. Intensitatea reacţiunei e variabilă. Când lichidul devine opalescent sau turbure şi când depozitul nu se produce de cât după câte-va ore reacţiunea trebue considerată ca negativă.

Autorii francezi au studiat această reacţie în 66 cazuri dintre cari 15 la nesifilitici. Concluziile la cari ajung sunt următoarele: Reacţia e pozitivă în toate cazurile de sifilis cerebrospinal, şi că există în general dar nu în mod constant cu limfocitoză.

In 2 cazuri de tuberculoză a meningelor (pe 7 cazuri examinate) şi într'un caz cu etiologie nesigură, reacţia a fost pozitivă pe când limfocitoza era absolută, iar într'un caz de paralizie generală reacţia era foarte evidentă pe când limfocitoza era minimă.

In câte-va cazuri (de tabes, paralizie generală, encefalită meningită seroasă) reacţia lipsea pe când limfocitoza era prezentă.

Metoda are oare-care valoare dar nu poate fi considerată ca specifică când e negativă sunt multe şanse pentru a admite că nu există o leziune sifilitică în evoluţiune a sistemului nervos.

Când e pozitivă, în absenţa tuberculozei, constitue o presumpţiune foarte serioasă în favoarea sifilisului.

Reacţiunea merită deci a fi întrebuinţată în toate cazurile în cari se bănueşte o leziune sifilitică a nevrajului şi în cari reacţia lui Wassermann nu poate fi făcută, cu atât mai mult cu cât nici valoarea specifică a ultimei nu mai poate fi admisă aştăzi.

C. PARHON

E. de MASSARY et CHATELIN. — **Méningomyélite meningococque à localisation exclusivement dorso-lombaire et simulant la myélite transverse.** *Revue Neurologique.* No. 10, 1910. In meningita cerebro-spinală leziunile medulare sunt regula. Ele trec însă pe planul al II-lea din cauza fenomenelor meningee. In cazul observat de autori simptomatologia a fost din contra aceea a unei mielite transverse dorsolombare. Puncţiunea lombară a dat însă un lichid purulent. Examenul direct pe lamă a arătat nişte micro-organisme cu aspectul morfologic al gonococilor. O infecţie gonococică a meningelor măduvei nu părea însă probabilă cu atât mai mult cu cât bolnabul nu avea o altă localizare a unei infecţie de acest fel. Cercetările ulterioare arătară că era vorba în realitate de meningococul lui Weichselbaum (culturi, reacţia de fixare).

Autorii se întreabă dacă unele din cazurile publicate ce meningomielite gonococice şi în cari controlul de identificare al microbului n'a fost suficient nu reprezintă în realitate cazuri de meningomelita meningococică.

Cazul acesta e important mai cu seamă prin modul cum s'a prezentat localizarea infecţiunei, determinând mai cu seamă fenomene mielitice.

El trebue să ne facă să ne gândim la posibilitatea naturei meningococice a unor mielite. **C. PARHON**

G. MARINESCO et M. GOLDSTEIN. — **Sur l'architectonie de l'ecose temporale et son raport avec l'audition.** *L'Encphale.* No. 5, 1910. Lucrare interesantă pentru cei-ce se ocupă cu studiul creerului dar greu de analizat în scurt.

Din stadiul autorilor reese că urmărind structura scoarţei temporale începând cu temporalele transverse şi parcurgând'o, a 2-a şi a 3-a circomvoluţie temporală se observă ca stratul celulelor piramidale superficiale (III) foarte bine desvoltat în regiunile 42—44 (regiuni ast-fel numerotate în lucrările lui Brodmann şi corespunzând temporalelor transverse anterioară şi posterioară şi 22 (regiune ce corespunde I temporale exceptând partea sa cea mai anterioară) şi prezentând chiar celule, ce au putut fi numite gigante de unii autori conţine din ce în ce mai puţine celule piramidale cu cât ne apropiem de temporala III-a.

In acelaş timp acest strat devine mai larg şi mai profund are loc pentru stratul piramidalelor profunde (V), contrariul.

Acest strat e de abia indicat în regiunile 41—42 şi 22 aşa ca existenţa lui e negată de unii autori. Acest strat constituit aproape numai de celule piramidale medii şi mici se desvoltă cu cât descindem către tipul arhitectonic 20 (a treia temporală) şi această desvoltare interesează atât stratul în sine cât şi mărimea celulelor. Trecerea de la un tip la altul se face pe nesimţite fără limite precise.

Autorii aduc în fine un număr de fapte ce o fac să admită împreună cu Flichsig ca centrul cortical al condiţiunei — al percepţiunilor acustice (corespunzător centrului perceptiilor vizuale ce coprinde cele 2 circomvoluţii ce mărginesc scizura calcarină) ocupă cele 2 circonvoluţiuni temporale transverse. **C. PARHON**

Oftalmologie

C. FROMAGET. — **Inutilité du traitement spécifique dans la kératite hérédosyphilitique.** (*Congrès de la Soc. franç. d'ophtalmologie*, 4 Mai 1910, Paris.) După autor, keratita heredo-sifilitică ar trebui clasată în grupul afecţiunilor parasifilitice. Tratamentul mercurial nu jugulează boala, nu-i scurtează durata şi nu împedică pe al doilea ochi de a se prinde chiar în cursul tratamentului.

Fromaget a tratat 87 cazuri de keratită heredo-sifilitică prin un simplu tratament tonic: arsenic, iod, untură de peşte. Toate aceste cazuri s'au vindecat mult mai repede de cât prin tratamentul specific. **G.**

ABADIE. — **De la section de la zone ciliaire ou ciliairotomie.** (*Congrès de la Soc. franç. d'ophtalmologie*, 5 Mai 1910, Paris.) Autorul, condus de idea că iritaţiunea plexului ciliar poate fi o cauză de mărire a tensiunei intraoculare, a preconisat şi practicat secţiunea acestui plexus în cazurile în care, cu toată iridectomia, tensiunea rămânea ridicată. Operaţiunea a fost practicată în cazuri de glaucom absolut. Ea a făcut să înceteze durerile şi a readus tensiunea la normală; prin secţiunea zonei ciliare a putut să salveze ochi a căror vedere scădea continíu, cu toată iridectomia ce li se făcuse. G.

E. R. FORTIN. — **Le Problème de l'éclairage par les sources de lumière artificielle** (*Requeil d'ophtalmologie*, Mai 1910, No. 5, pag. 140). Lumina zilei are avantagiul că este o lumină difusată şi bogată în raze albastre. Difusibilitatea se datoreşte miriadelor de particule care plutesc în aer şi care lucrează ca atâtea faţete mici reflectoare. Această difusibilitate apără mult vederea contra oboselei. De asemenea bogăţia în raze albastre nu constitue de loc un pericol, după cum este tendinţa a se crede.

Luminile artificiale au desavantagiul de a fi lipsite de raze albastre, şi de acea ar trebui să li se adauge de acestea. Lămpile cu vapori de mercur ar realiza un luminat destul de economic, dau o lumină difusă şi au o emisiune intensă de raze luminoase; ele au însă neajunsul că sunt lipsite de razele roşii, şi prin aceasta sunt neestetice. In colaborarea unor cercetări de seamă, autorul a căutat să înlăture acest neajuns şi în acest scop a introdus în mercurul lămpilor nişte substanţe al căror spectru este foarte bogat în raze roşii. Rezultatul obţinut în acest mod pare să nu fi fost tocmai satisfăcător. In al doilea rând a încercat să obţină efectul dorit înconjurând lămpile cu nişte pânze imbibate cu substanţe fluorescente care primind lumina albastră emit raze roşii.

Autorul a obţinut însă soluţiunea perfectă a problemei, prin asocierea lămpilor cu mercur — care n'au raze roşii dar au prea multe albastre — cu lampa Edison, care are prea multe raze roşii şi prea puţine albastre. Lucrul a fost foarte uşor de realizat: tubul lampei cu mercur s'a îndoit în spirală în jurul unui grup de trei lămpi Edison şi totul (cele 4 lămpi) s'a aşezat într'un glob de sticlă mată care fusionează luminile. In modul acesta se obţine o lumină în totul asemănătoare cu lumina zilei. Singurul fapt care s'ar opune actualmente la generalizarea acestei lămpi ar fi numai faptul că este ceva mai scumpă ca lămpile cu fir metalic. G.

Pediatrie

FISCHL. — **De la production mécanique et non sanglante des albuminuries et des nephrites, chez les lapins.** *Arch. de med. des Enf.* Apr. 1910. Se ştie că în timpurile din urmă Jehle a susţinut că albuminuria *orthostatică* n'ar fi de cât o albuminurie *lordotică*: provocând în mod artificial o lordoză la indivizi sănătoşi, albuminuria a apărut foarte repede cu toate că indivizii în experienţă rămâneau în poziţie horizontală.

Fischl, în lucrarea de faţă caută a stabili în ce condiţiuni se poate provoca albuminuria la iepuri fără intervenţie sanglantă. Albuminuria a putut fi realizată de dânsul prin diferite metode: fixarea iepurilor în poziţie verticală, compresiunea toracelui, compresiunea venei cavei inferioare.

Dar albuminuria se poate realiza în majoritatea cazurilor fixând iepurii în poziţie de lordosă pe o scândură: albuminuria a apărut în mod regulat când iepurii nu erau hrăniţi, pe când nu s'a arătat la câţi-va iepuri hrăniţi cu orez, ceea-ce pune în lumină influenţa modului de hrană asupra producerei albuminuriei.

Faptul însă foarte interesant care reiese din experienţele lui Fischl este că animalele mai cu seamă cele la cari s'a repetat lordosă, pe lângă albuminurie au mai prezentat şi semne de nefrită acută: celule renale şi cilindri în urină. Unii au prezentat fenomene generale grave. Un iepure a sucombat şi la autopsie s'a găsit o nefrită acută.

După Fischl e vorbă la început de fenomene de *stază,* pe urmă survine o reacţiune caracterizată printr'o infiltraţie de elemente embrionare în regiunea corti-medulară. Comunicaţia lui Fischl e interesantă la 2 puncte de vedere: ar putea explica cum în unele cazuri o albuminurie orthostatică se poate transforma în nefrită. Pe de altă parte ne arată că provocarea artificială a unei lordose nu este fără inconvenient, fapt care merită de a fi bine cunoscut de oare-ce unii autori germani nu s'au jenat în timpurile din urmă pentru a experimenta acţiunea lordozei direct pe om.

GR. JACOBSON

EUEST. — **Zur Frage der aetiologie der spasmophilen Diathese.** *Monatschr. f. Kinderh. (origin).* IX p. 7. Intr'un interesant şi bine documentat memoriu, autorul reia chestiunea influenţei calciului în patogenia stărilor spasmofilice. După o foarte completă punere la punct a chestiunei, şi după ce autorul raportă câte-va experienţe personale, el confirmă conclusiunele sale anterioare anume că spasmofilia este datorită unei lipse de săruri calcare Experienţele lui Vassale şi Generali şi ale lui Erdheim în cari spasmofilia a fost provocată prin leziuni ale corpilor paratiroïde se explică prin faptul că aceste leziuni determină în primul rând turburări în schimburile calcare. Asemenea tetania se poate produce prin extirpaţiunea thimusului (Basch) dar şi în acest caz animalele eliminează calciu în cantitate de 2—5 ori mai mare ca în starea normală.

Tetania se mai poate provoca la câini dândule o alimentaţie foarte săracă în calciu.

In practică, cauza tetaniei va trebui căutată într'o alimentaţiune defectuoasă. După Czerny supra-alimentaţia copiilor cu lapte de vacă pur determină cazurile cele mai grave de Rachitism şi de Tetanie. Dar Rothberg şi Birk au arătat că tocmai în aceste cazuri bilanţul de calciu este negativ pe când acest bilanţ este positiv dacă înlocuim laptele pur prin lapte ecremat. Ast-fel că pentru turburarea schimburilor calcare trebue să învinovăţim *grăsimele* din laptele de vacă. O alimentaţie compusă exclusiv de hidraţi de carbon poate şi ea provoca spasmofilia, cu toate că mai rar. Aici producerea spasmofiliei se explică prin lipsa de calciu în alimentaţie.

Untura de peşte fosforată nu lucrează ca antispasmodic în tetanià ci ameliorând schimburile calcare adică favorizând retenţia de calciu.

GR. JACOBSON

SCHABAD. — **Der Kalkssoffwechsel bei Tetanie.** *Monatschr. J. Kinderh.* (Orig.) IX p. 25. Serie de cercetări personale asupra schimburilor calcare şi influenţa calciului asupra stărilor spasmofilice. Conclusiile sună ast-fel:

1. Schimburile de calciu şi de phosphor în rachitismul complicat cu tetanie nu diferă de schimburile calcare în rachitsmul necomplicat.

2. Ameliorarea tetaniei adică diminuţiunea excitabilităţei electrice sub influenţa oleului fosforat, merge paralel cu amelioraţiunea retenţiunei calcare, adică cu vindecarea rachitismului.

3. Aportul de săruri calcare nu înrăutăţeşte starea tetaniei, deşi calciul este resorbit.

4. Hipotesa lui Stölzner anume că tetania ar fi produsă de acumulaţiunea calciului în organism, nu este confirmată prin fapte. **GR. JACOBSON**

RIETSCHEL.—**Zur aetiologie dee Sommerbrechdurchfalles der Säuglinge.** (Etiologia gastroenteritei de vară la sugaciu) *(Monatsch f. Kin.* (orig). IX p. 39. Meinert în Germania şi în urma lui mai mulţi autori americani au susţinut că diarea de vară a sugacilor nu este decât consecinţa unei încălziri brutale (coup de chaleur, hitzschlag) a intestinului.

Autorul citează numeroase fapte cari sunt în favoarea acestei hypoteze. Arată că căldura excesivă schimbă condiţiunile de resistenţă generală a sugaciului şi în particular turbură funcţiunea de regulaţiune a temperaturei. In aceste condiţiuni se înţelege că tot alimentaţiunea joacă rolul esenţial în turburările digestive, dar efectul nociv al unei alimentaţiuni greşite se manifestează mai lesne şi mai intens asupra organismului slăbit în resistenţa sa naturală. Influenţa căldurei e mai mare decât se admite de obiceiu şi acest element trebue considerat în tratament.

GR. JACOBSON

The Ophtalmoscope

Ianuarie.

ZUR NEDDEN. — **Ueber die natürlichen Heilfaktoren bei infectiösen Augenerkrankungen und ihre zweckmässige Künstliche Beeinflussung.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* N. arată că acţiunea curativă a proceselor inflamatorii oculare are drept factori substanţele bactericide, antitoxice şi opsoninele, cari din sânge trec în ochi. Această acţiune curativă poate fi mărită prin întrebuinţarea substanţelor ce măresc iritaţia, ca: astringentele (Sulfatul de Zinc) piocianaza, bila, serurile proaspete de animale, injecţiile subconjunctivale, paracenteza corneei care pe deoparte goleşte camera autenoază de toxine, iar pe de altă parte aduce un aflux de sânge, şi ast-fel spală corpii ciliari secretanţi făcând cu noua umoare apoasă să aibă o cantitate mai mare de antitoxine.

H. RONNE. — **Ueber das Gesichtsfetd beim Glaukom.** *Klinische Monatsblätter fur Augenheilkunde.* R. s'a servit în cercetările sale de metoda lui Bjerrum, care conzistă în: a face controlul câmpului vizual cu ajutorul unor mici obiecte albe, aşezate la o mare depărtare (2 m.). In acest caz câmpul vizual apare mic. Apropiind apoi obiectul de ochi se constata că acest câmp vizual apare progresiv mai mare şi în acelaş timp se pun în evidenţa şi scotoamele. Ast-fel, autorul a putut descoperi existenţa unor scotoame paracentrale de forme variate, în proporţie de 45% din cazurile de glaucon.

Februarie.

LOWENSTEIN. **Hyphomycoten des Tränenschlauches.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* L. a găsit într'un caz de dacriocistita în interiorul sacului lacrimal un conglomerat format din hipomicete.

Martie.

RUPPRECHT und WÖLFFLIN. — **Zur Histologie der Parinaudschen konjunktivites.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* Intr'un caz de conjunctivită a lui Parinaud. R. şi W. descriu în ţesutul conjunctiv subepitelial o infiltraţie de mari mononucleare şi de limfocite, iar în unele părţi au observat chiar formaţiunea de tuberculi în care au găsit celule gigante atipice şi numeroase fibre elastice. Autorii discută apoi diagnosticul diferenţial faţă de trahon şi găsesc că celulele epiteloide ale foliculului din aceasta conjunctivita sunt mult mai numeroase, dar şi mai puţin bine limitate, în cât aceste formaţiuni se apropie mai mult de un tubercul de cât de un folicul trahomatos. Se mai distinge apoi de catarul primăvăratec prin lipsa de eusinofile.

KARNITZKZ. — **Ein Fall von Leprom der Horhhaut.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.*

LÖHLEIN. — **Ueber die Einwirkung gallensauer Salze auf Gonokokken und gonokokkenhaltiges Bindehautsekret.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* Autorul făcând cercetări atât în vitro, cât şi în viro asupra acţiunei sărurilor biliare asupra gonococilor a găsit că ele se bucură de o acţiune bactericidă puternică. In acest scop consiliază întrebuinţarea în clinică a acestor săruri în soluţie de 2—3$^0/_0$ cu cari să se facă instilaţii ce trebuesc urmate de spălături cu acid boric.

Aprilie.

LUDSGAARD. — **Lichtbehandlung von Konjunktivalleiden** (Tuberculosi conjunctivae). *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* L. s'a servit de aparatul lui Finsen. In modul acesta a putut obţine 7 vindecări fără recidivă. In 3 din cazurile vindecate o observat mai în urmă în 2: trichiazis şi într'un caz ectropion. Numărul şedinţelor de care a uzat a fost de 17—24, iar durata şedinţelor a fost de câte o oră.

Mai.

THORNER. — **Die stereoskopische Photographie des Augenhintergrundes.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* Th. descrie nişte modificări aduse aparatului său întrebuinţat pentru fotografiarea fundului ochiului.

BOTTERI. — **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Miliartuberkulose der Chorioidea.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* B. descrie un caz în care la autopsie a găsit spre polul posterior al ochiului, în afara maculei un nodul de mărimea papilei. La polul anterior a găsit un ulcer prin logoftalmie.

Făcând examenul microscopic al acestui ochi a găsit: la partea externă a maculei o mare îngroşare a choroidei, care proemina în spre vitros. Această îngroşare era formată din tuberculi cu capilare neoformate. Centrul acestei îngroşări era ocupat de o masă necrostică în care pigmentul coroidian dispăruse pentru a se aşeza la periferia ei. Cercetând existenţa bacililor tuberculoşi i-a găsit în adventiţia şi media vaselor ce străbat tuberculii. De aci autorul conchide că infiltraţia tuberculoasă a coroidei trebue să se fi făcut pe cale sanguină.

MIJASCHITTA. — **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung subkonjunktivaler Luftinjektionen.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* M. ajunge la concluzia că injecţiunile subconjunctivale de aer pot da naştere la embolii gazoase, pentru care motiv le şi contra-indică.

HAMBURGER. — **Über das Fleben lebender menschlicher Augen zu diagnostichen und physiologischen Zwecken.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* H. a introdus în clinică examenul bażat pe injecţiunile de uranină, care colorează cu un ton icteric pielea şi mucoasele. Din ochii sănătoşi, această culoare dispare după 2—3 ore, pe când ochii inflamaţi se colorează după 30—40 în verde şi această culoare devine din ce în ce mai închisă cu cât ochiul este mai bolnav. In acest scop injecţiile cu uranină se vor face cu o oră înaintea operaţiunilor.

Iunie.

HÖEG. — **Ueber die ringförmige Trübung der Linsenvorderfläche nach Contusio bulbi.** (Vossius). *Klinische Monatsblätter für Kinderheilkunde.* H. spune că în ştiinţă nu se citează de cât 12 cazuri de acest fel, în cât cel descris de el ar fi al 13-lea. In aceste cazuri autorul că mărindu-se brusc tensiunea lichidului din camera anterioară irisul este împins înapoi către cristaloida anterioară pe care o traumatizează dându-i astfel această tulburare specială.

SNEGIREFF. — **Zur Frage von den bösenartigen Ceschwülsten der Stirnhöhle.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* S. spune că singurele caractere ce se pot observa sunt următoarele: proeminenţa peretelui anterior şi cel inferior al sinului frontal, aruncarea ochiului înainte şi în jos, diplopie, tulburări ale vederei, dureri. Conchide însă că nici unul din aceste simptome nu este sigur şi că semnele adevărate nu apar de cât când peretele inferior al sinului este distrus, iar umora pătrunde în cavităţile vecine.

Iulié.

R. WIRTZ. — **Weitere Klinische Erfahrungen mit der Ionentherapir bei Augenleiden.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* W. spune că ionterapia a fost puţin aplicată în oftalmologie deoarece oculişti s'au temut să nu altereze ţesuturile oculare fragile. Ionizarea a fost încercată mai ales în afecţiunile părţilor oculare externe şi în special: în ulcerul serpens al corneei, în keratite, petele corneene, sclerite, blefarite, iridociclita sifilitică.

In ulcerele corneene mai cu seamă trebue dată preferinţă entoforozei cu zincion. căre omoară virusul chiar în interiorul ţesuturilor fără a altera ţesutul sănătos. Se întrebuintează pentru aceasta doza de 3—4 miliamperi timp de 1—2 minute şi uneori chiar o singură şedinţă e suficientă să adncă o vizibilă ameliorare.

Este mai avantajos să se facă ionizarea de mai multe ori (pànă la 7 şedinţe) cu un electrod mic, de càt o singură dată cu un electrod mare. Electrolizarea este putin dureroasă, dar dureri nu apar de cât cu un sfert de oră mai târziu însă sunt suportabile. După 2—12 ore ele dispar complect. In toate cazurile dugă prima şedinţă chiar bolnavii au avut nopţile lor mult mai liniştite, iar durerile le dispăreau complect.

S'au mai făcut încercări de ionizare cu Iod-ion în tuberculozele oculare şi cu Mercur-ion în sifilisul ocular. In cazurile de pete corneene s'a întrebuinţat clorentoforeza. In afecţiile conjunciivale a fost cu deosebire întrebuinţate acesată metodă în trahom, dar rezultatele dat nu suut încă sigure.

SCHLÜSSELE. — **Ein Beitrag zur Kenntnis der milden hämatogenen Entzündungen am menschlichen Auge durch Infektion mit Streptokokken.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* Sch. spune că deseori infecţiuni metastatice ale ochilor al căror focar iniţial nu ss poate găsi în organism se iau drept inflamaţiuni de natură reumatismală. Aceste inflamatiuni localizate de obicei la iris, corpii ciliari sunt des produse prîn embolii microbiene al căror punct de plecare pare a fi amigdalele.

BIRCH-HIRSCHFELD. — **Zur Beurteilung der Schädigungen des Auges durch leuchtende und ultraviolette Strahlen.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* B. spune că razele ultraviolete produc tulburări ale retinei, pentru a căror înlăturare sfătuesc se se întrebuinţeze ochelarii cenuşii.

August.

HESSBERG. — **Ein Beitrag zur angeborenen totalen Farbenblindheit.** *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* H. descrie cazul a 3 fraţi de 9, 10 şi 11 ani carl ezaminaţi din punctul de vedere al simţului culorilor cu lânurile lui Holmgreen prezentau o cecitate totală a culorilor. Din spectru, locul pe care îl vedeau cel mai clar era în verde lângă albastru. Pe lângă aceasta spectrul le apărea scurtat la sfârşitul albastrului şi la inceputui roşului. Intrebaţi asupra nuanţelor ei le numeau destul de just, graţie diferenţei lor de claritate. Autorul puue în legătură aceste fapte cu acela că ei se născusera dintr'o casătorie consanguină, cu atât mai mult că aceeaşi mamă căsătorindu-se neconsanguin a avut alţi 3 copii complect sănătoşi. Copii aceştia mai sufereau greu lumina zilei, aveau un nistagm rotator, erau astigmaţi greu corijibili, şi acuitatea lor vizuală era între $^7/_{12}$ şi $^1/_4$.

C. BEHR. — **Die Komplizierte, hereditär-familiäre Optikusatrophie des Kindesalters.** *Klinische Monatsblätter fur Augenheilkunde.* B. studiază 6 fraţi, la 5 dintre cari boala se prezenta stationar iar la al 6-lea în evoluţie. Simptomele lor au fost identice. Din punct de vedere clinic se observa o scădere mare dublă acuităţei vizuale, iar la examenul fundului ochiului se putea observa o atrofie a nervului optic care în majoritatea cazurilor atingea jumătatea temporală a papilei, iar la unii din ei şi partea nasală. Câmpul lor vizual prezenta scotome centrale cu o limită neregulată. Reacţia pupilară era normală. Aveau nistagmus orizontal. Inteligenţa lor era limitată şi aveau simptome de ataxie cu slăbirea sfincterilor vezicaii şi exagererea reflexelor.

Maladia le-a apărut în prima copilărie. Ca concluzie autorul spune că în asemenea cazuri exista 3 părţi ale sistemului nervos se prezinte tulburări şi anume: nervul optic în partea sa periferică, căile de coordonare şi căile piramidale. Mai crede că aceste cazuri s'ar putea descrie sub numele de: atrofie optică, infantilă, familiară şi complectă; prin opoziţiune cu forma deecrisă de Leber sub numele de: atrofie optică juvenilă, fnmiliară, necomplectă.

FRITZ BAUM. — **„Ophtalmo Fundoscop“.** Prin acest aparat se obţine o imagină directă a fundului ochiului mărită de 10—15 ori, fără a mai fi împiedecat de supărătorul reflex cornean, iar dacă în acelaş timp utilizăm şi tubul cu o lentilă de 13 d. obţinem o imagină răsturnată a fundului ochiului de 3—5 ori mai mare de cât acelea obţinute prin oftalmoscoapele obişnuite:

Septembrie.

WEHRLI. — **Ein neuer Fall von Knötchenförmiger Keratitis.** *Klinische Monatsblätter fur Augenheilkunde.* W. descrie o formă specială de keratită pe care a întâlnit-o la 2 fraţi cari au avut-o ambii ca pe la vârstą de 20 ani.

Aceasta keratită este caracterizată prin nişte pete cenuşii aşezate superticial la suprafaţa corneei şi având forme şi limite variate. In ambele cazuri încercând reacţia cu tuberculină a lui Calmette a obţinui rezultate pozitive intense cari au durat timp de lună.

NATHANSON. — **Augenärztliche Erfahrungen aus der gegenwärtigen Rekurrens-Epidemie mit Berücksichtigung der Unfallsfrage.** *Klinische Monatsblätter fur Augenheilkunde.* In 1906 N. spune că a existat la Moscova o epidemie de febră recurentă, care a dat naştere la 40 cazuri de complicaţiuni oculare, constând mai toate în inflamaţiuni uveale.

ROSENHAUCH. — **Ueber Hypopyon-Keratitis mit seltenen bakteriologisshen Befunden.** *(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde).* R. a avut de îngrijit 10 ulcere corneene la butrâni, dintre cari 4 bărbaţi şi 6 femei, în cari cazuri ipopionul avea mărimi variate. 5 dintre cazuri erau de natură traumatică. declară apoi că este aproape imposibil de a se stabili după aspectul klinic forma bacteriană ce dă naştere acestor ulcere. Se întreabă apoi dacă nu cumva diplobacili pe cari

-a găsit în toate aceste cazuri nu ar putea duce o viaţă saprofită la suprafaţa conjunctivei până când o leziune oare-care le lasă libertatea lor de evoluţie ca agenţi patogeni. In aceste cazuri s'a servit ca tratament de pioctanină şi spune că i-ar fi dat rezultate foarte bune.

Octombrie.

WOLFRUM. — **Trachombefunde im Ausstrich und Schnitt.** *(Klinishe Monatsblätter für Augenheilkunde).* Făcând biopsii în 10 cazuri de trahom recent, W. ar fi găsit în preparatele microscopice colorate cu soluţia Gemsa, formaţiunea şi corpusculi, dar nu pronunţă dacă ei pot fi agentul patogen al trahomului.

LANDOLT. — **Myopie und Lichsinn.** *Klinische Monatsblätter für Augenh.)* L. spune că simţul luminos nu este atins în miopie, căci nu există o legătură fiziologică între acuitate vizuală şi simţ luminos. Vârsta însă pare a micşora simţul luminos la miopi şi ipermetropi.

HILEMAN. — **Ueber Sehprüfung bei künstlicher Beleuchtung und Lichtsinnstörung besonders bei Myopie.** *(Klinische Monatsblätter f. Augenheilkuude).* H. declară că tulburările simţului luminos joacă un rol foarte însemnat în patologia oculară, căci ele influenţează stratul pigmentar al membranelor oculare. După dânsu tulburările simţului luminos devin cu atât mai pronunţate cu cât miopia se exagerează. Clinic ele se traduc prin o încetinire a adaptării acuităţei vizuale la luminile slabe.

Noembrie.

TRENDELEMBURG şi BUMKE. — **Exoerimentelle Untersuchungen über die zentralen Wege der Pupillenfazern des Sympathikus.** *(Kin. Monatsblätter für Augenh.).* T. şi B. spun că dacă se secţionează măduva sub centrul de origină al simpaticului cervical, se produce o micşorare a pupilei de partea corespunzătoare, durează mai multe săptămâni. Dacă se rezecă de ambele părţi simpaticii cervicali diferenţa dintre pupile dispare. Explicaţia ce ei o dau este că: din centrele cerebrale superioare se produc excitaţii durabile cari merg la origina de aceiaşi parte a simpaticului cervical prin inrermediul măduvei. Secţionarea acestor căi de conducere produce micşorarea pupilei de partea operată.

STOCK. — **Ueber die Anwendung der Wrightschen Opsonintechnik in der Augenheilkunde speciell bei tuberkulöten Erkrankungen des Auges.** *(Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde).* Dese-ori se poate urmări cum în timpul tratamentului cu tuberkulină în doze mici, indecele opsonic creşte. Această creştere a lui nu însemnează însă că afecţiunea merge spre vindecare. Iritând ochii cu dionină se poate remarca o scădeăe a indecelui opsonic în cazuri de leziuni tuberculoase ale ochilor, pe cât timp această scădere nu se observă când leziunea oculară nu este tuberculoasă.

Decembrie.

MELLER. — **Ueber die Sklerekto-Iridektomie.** *(Klin. Monatsbl. f. Augenh.)* Crede că sclerectomia are o influenţă decisivă numai asupra ipertensiunei oculare. Controlul l-a făcut pe mai multe cazuri în cari deoparte a făcut iridoctomia clasică iar de cealaltă parte a irido-sclerectomia şi în cazurile din urmă a găsit ochiul mult mai moale. In cazurile de mică tensiune este de părere cu Lagrange ca să se facă numai sclerectomia, iar când tensiunea este mai mare să se incizeze şi irisul. Relatează apoi 27 cazuri de operaţiune a lui Lagrange în cari complicaţiunea cea mai deasă a fost deslipirea choroidei.

M. HANDMANN. — **Ueber den Beginn des Altersstares in der unteren Linsenhälfte.** *(Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde).* Cateracta senilă începe în majoritatea cazurilor în jumătatea inferioară a cristalinului şi mai des nasal de cât temporal, fapt pe care H. îl explică prin acţiunea gravităţei care face ca productele patologice să cadă în jos şi să influenţeze ast-fel mai mult partea inferioară a cristalinului.

KUMMELL. — **Ein Beitrag zur Bedeutung der Wassermann'schen Reaction und der diagnostischen Alt-Tuberkulininjektion für die Erkenntnis der Aètiologie oer Keratitis parenchymatosa.** *(Kliu. Monatsblätter f. Augenheilkunde).* Din 11 cazuri de keratită parenchimatoasă, dintre cari 7 erau de origină sifilitică şi trei de origină tuverculoasă, reacţia Wassermann a fost pozitivă în toate; din aceste cazuri 9, au dat o reacţiune pozitivă şi cu tuberculină.

JUJI JAKAHASI — **Untersuchungen über die Beeinflussung des Keimgehaltes des Bingehautsackes durch Bulbusoperationen.** *(Klin. Mouatsblätter f. Augenheilkunde).* J. spune că dacă pansa ambii ochi ai unui individ, dintre cari unul din ochi era operat, pe când celalt normal, dacă făcea a doua zi examenul bactetiologic al conjunctivei găsea că numărul bacteriilor era mai mare de partea neoperată şi explică faptul prin reacţia intensă de vindecare ce se observă la ochiul operat, reacţie care exercită o acţiune bactericidă asupra microbilor conjunctivali.

DR. STĂNCULEANU şi D. MIHAIL

Varia

Jahreskurse für ärtliche Fortbildung. (Cursuri anuale pentru propăşire medicală). Publicaţie lunară. **I. F. Lehmann,** München, editor. Fascicolul 3, Martie 1910, Preţ 3 Mk. (Pentru tot anul: Mk.) In acest număr sunt tratate punctele cele mai interesante ale patologiei Digestici şi Nutriţiei. Prof. W. Fleiner (Heidelberg) expune subt o formă cu totul originală morfologia şi fiziologia stomacului cu influenţa ce acestea au în diagnoza funcţională. Articolul, cât se poate de didactic este împărţit în două părţi din cari cea dântâi coprinde generalităţi din domeniul embriologiei, istologiei şi fiziologiei. Găsim aci consideraţiuni interesante asupra împrejurărilor digestive la nou-născut şi acomodarea organelor sale la Urane. Apoi însuşirile generale, secreţiunea şi motilitatea stomacului cu influenţa asestor funcţiuni asupra digestiunei normale sunt expuse în mod limpede şi îndestulător. Această parte este însoţită de zece figuri din cele mai instructive. Partea doua prezinta într'un rezumat foarte coprinzător mijloacele moderne de examen clinic al stomacului din punct de vedere al anatomiei şi fiziologiei gastropatiilor.

Prof. H. Lüthje (Kiel) după o revistă întroductivă a principiilor fundamentale chimice şi fiziologice ale teoriei schimburilor se ocupă cu ultimele achiziţiuni în domeniul diabetului. Studiază mai întăi valoarea iperglicemiei ca factor nociv. Apoi intră în examenul metoadelor terapeutice bazate pe cure exclusive, pe regimul idrocarbonat unilateral şi în special cura de ovăz. Susţine folosul acestei cure combinate cu grăsimi, legume şi antideperditorii după un program apropiat cazurilor. In sfârşit expune tratamentul cel mai raţional al acidozei, pronunţându-se pentru *profilaxia* acesteia adică administrarea din vreme a alcalinelor, chiar în absenţa unor eliminări acetonice.

Prof. Erich Meyer (Strassburg) înt'o serie de consideraţii asupra: Pletorei şi anemiei, însemnătăţii evaluării emoglobinei şi reaţiunilor policitemiei cu alte stări morbide, pregăteşte pe cititori la studiul modificărilor morfologice ale globulelor şi ale organelor ematopoitice. Acestea vor fi mai bine lămurite dacă autorul în cursul viitor va expune, cum sperăm, cunoştinţele actuale despre anatomia normală şi patologică a sângelui şi a organelor cari 'l produc.

G. Z. P.

Anul VI, No. 8 August 1910. Volumul II.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

FAPTE CLINICE

Dr. E. MANICATIDE-VENERT
Medic secundar al Spitalului Brancovenesc

Vaginită ulcero-membranoasă cu fusiformi şi spirocheţi
(Bernheim-Vincent)

Sunt nouă ani de când, împreună cu d. dr. Vranialici, am publicat primul cas de angină Vincent observat la noi în ţară (1).

Anul acesta am constatat într'un cas de vaginită tot *ulcero-membranoasă*, făcând examenul microscopic al membranelor şi al secreţiunei ulceraţiunilor, aceiaşi *spirocheţi* şi *fusiformi* în *simbiosă*. Nu am găsit publicat nici la noi, nici în streinătate un cas similar şi de aceea m'am decis a spune câte-va cuvinte asupra casului nostru.

In ziua de 1 Mai 1910, intră în spitalul brâncovenesc, serviciul d-lui dr. Cantacuzino, bolnava A. F. de 18 ani. Menstruată la 13 ani nu a avut nici o neregularitate. De vre-o trei luni observă o secreţiune vaginală abundentă. fără nici o durere.

In ziua intrărei sale în spital este apucată de o emoragie violentă, ce venea din vagin. Palidă, abătută, febrilă (39^2) bolnava avea atunci limba uscctă, pulsul slab şi frequent (120 pe minut).

S'a constatat că emoragia provenea dintr'un vas deschis într'o ulceraţiune vaginală. După ce această emoragie s'a oprit prin tamponare, s'a putut face mai bine examenul lesiunilor vaginale, ce presenta bolnava.

La intrarea vaginului se observă în partea dreaptă o ulceraţiune acoperită cu o falşă membrană albă cenuşie, cu marginele neregulate, întinzându-se pe labia mică dreaptă. Membrana granuloasă mai puţin lucioasă, mai puţin consistentă, mai friabilă de cât cea difterică. Incercând a ridica această membrană, ulceraţiunea, ce rămâne, nu este profundă.

---

(1) Asupra unui caz de angină ulcero membroasă cu fusiformi şi spirocheţi. Spitalul 1901.

Din vagin se scurge o secreţiune cenuşie cu miros fetid.

In vagin se constată încă patru ulceraţiuni acoperite cu falşe membrane cu aceleaşi caractere ca ale celui de la intrare. Una dintre ulceraţiuni este pe porţiunea cervicală a uterului. Toate par superficiale, totuşi într'una s'a ulcerat o arteriolă, ceea-ce a dat emoragia, care a determinat bolnava să vie la spital.

Un singur ganglion inguinal mărit, puţin dureros, fără peri adenită.

De pe tamponul, cu care s'au şters membranele am făcut un firottiu pe lamă, am colorat cu fuxină Ziehl diluată şi am examinat la microscop. Am găsit pe lângă alţi microbi banali rari, o mare predominenţă a bacililor fusiformi în asociaţiune cu spirocheţi.

Bacilii fusiformi erau aşa cum au fost descrişi de d-nii Letulle, Athanasiu, Niclot şi Marotte cu extremităţile subţiate, cu câte un punct mai intens colorat la mijloc.

Alte ori mai multe atari puncte în corpul aceluiaşi bacil dau bacililor lungi aspectul unui şir de granulaţiuni.

Drepţi sau uşor curbaţi, une-ori isolaţi, alte ori dispuşi în grupuri, ajung la o lungime de 20—24 μ. Se colorează bine cu fuxina Ziehl şi cu Thionină. Nu prinde gram. Spirilul, asociat cu acesta l'am găsit în număr destul de mare, în formă de filament fin, ondulat, uniform. Se colorează mai slab de cât fusiformul şi nu se colorează nici el prin procedeul Gramm. Pe lângă acestea se mai observă celule epiteliale, limocite şi rari diplococi şi bacili groşi.

Ca şi în angina Vincent, odată cu vindecarea ulceraţiunilor, dispăreau şi spirocheţii cu fusiformii şi flora banală a vaginului, săracă la începutul afecţiunei, i-a luat locul.

S'au făcut spălături vaginale cu asol şi badigeonarea ulceraţiunilor cu tinctură de iod.

Chiar după o singură atare badigeonare s'a observat o ameliorare foarte sensibilă, Fetiditatea secreţiunei a dispărut. Temperatura bolnavei, care la intrarea sa în spital a oscilat două zile între 39^6 şi 38^3 a scăzut de a treia zi la 37^8 şi a patra zi sub 37^0 unde s'a menţinut până la complecta vindecare. Pulsul şi-a revenit şi el în concordanţă cu febra. Bolnava nu şi-a dat seama ca să ne poată precisa cât timp a fost febrilă acasă. Aspectul ulceraţiunilor s'a modificat repede în bine, falşele membrane au dispărut şi cicatrisarea s'a efectuat cu o surprinzătoare iuţeală, cu badigeonări de tinctură de iod şi pudrare cu pulbere de iodoform.

Această operaţiune vaginală cu aceiaşi agenţi patogeni ca angina Bernheim Vincent se asemăna cu aceasta şi ca aspect local al lesiunilor, ca stare generală a bolnavei şi ca resultat al aceluiaşi tratament.

1) *Ca stare locală*, tot o lesiune ulcero-membranoasă, cu odoare fetidă amintind pe aceea a gangrenei, falşa membrană tot albă cenuşie friabilă, granuloasă desprinzându-se cu greutate, acoperind o ulceraţiune sângerândă mai des superficială, alte ori mai adâncă, cu marginile neregulate producând conturul membranei desprinse tocmai ca în angină.

2) *Ca stare generală* a bolnavei, am observat în amândouă casurile o stare de prostraţie cu limba încărcată (în vaginită era şi uscată) inapetenţă cu febră şi tachicardie. Lipsa de durere s'a notat şi în angină ca şi în vaginită.

3) *Vindecarea* s'a făcut în casul nostru de angină în 10 zile. Nu ştim când a debutat această vaginită ulcero membranoasă. Bolnava ne spune că are acea scurgere de trei luni. *Ca durată* a boalei nu ar cadra cu angina Bernheim Vincent. Găsim însă casuri publicate de atari angine cu durată lungă. Aşa Sacquépé publică un cas, ce a ţinut 60—70 zile. Niclot şi Marott unul şi mai tenace de 4 luni se pare că în genere aceste afecţiuni evoluează mai repede la copii de cât la adulţi. Aşa dar nici *ca durată, nu se deosibeşte. Ca tratament.* Casul de angină publicat de noi cu d. Vranialici s'a vindecat cu gargară de acid salicilic şi cu badigeonări cu soluţie de cloral hidrat în glicerină 8p' la 60, Vincent însă îşi vindeca soldaţii cu atingeri de tincturi de iod care în casul bolnavei noastre cu vaginită a avut un bun şi rapid efect.

Deci şi ca resultat al aceluiaşi tratament se aseamănă.

In faringe această lesiune a fost observată şi descrisă încă din 1858 de Bergeron: Examenul bacteriologic însă a fost făcut cu 40 ani în urmă în Austria de Bernheim, lucrare publicată în Centralblatt für Bacteriol. din 11 Febr. 1898. In acelaş an în Martie Vincent publică cazurile sale, stabilind importanţa simbiosei spirochetului cu fusiformul şi nereuşita cultivărei lor. S'au mai publica apoi în Iulie 1798 de Abel(1), în 1899 de Tarasseritch(2) tot în 1899 Fotiades(3) în Constantinopole şi De Stoechllin din Argentina în trei lucrări Consecutive 1898, 1899 şi 1900 (Centralblatt f. Bact.) Apoi Letulle în La Presse Medicale şi alţii.

Studiul bacteriologic al vaginitelor însă e de abia început. Din cercetările făcute de Eraud, Leser, Buthner şi Steinschneider(4) resultă că s'a găsit gonococul în proporţiune de 7—8%. S'au mai găsit stuplococul alb, stafilocolul auriu, diplococul Streptococi, bacilul coli, sarcine.

Herff (5) publică 22 Observaţiuni de vaginite în cari a găsit de 16 ori oidium albicans de patru ori monilia candida, o dată photux vaginalis şi o dată o levură.

In desele examene microscopice ce am făcut în diferite secreţiuni vaginale sau ulterioare de mai multe ori mi-a atras atenţiunea prezenţa spirocheţilor dar nici o dată în asociaţiune cu bacilul fusiform ca în această vaginită specială ulcero membranoasă.

Considerând clasificaţiunea clasică a vaginitelor în genere în

1) vaginite catarale.
2) „ pustuloase.
3) „ vesiculoase sau herpetiforme.
4) „ exfoliantă coincidând cu dismenorea membranoasă,
5) vaginita foliculară sau granuloasă mai frequentă în sarcină şi în blenoragie.
6) vaginita emfisematoasă şi
7) Vaginita exudativă sau vaginita pseudo-membranoasă, cum sunt cele ce se observă după faceri sau însoţind scarlatine, variola, pojarul, datorită dese-ori streptococului. b) cele difterice însoţite de vulvite difterice datorite bacilului difterici, vaginita observată de noi va intra în acest al VII grup, vaginită cu pseudo-membrane, datorite însă fusiformilor şi spirocheţilor.

---

(1) Centralblatt für Bacteriol 16 Iulie 1898 Abel.
(2) Tarasseritch Arch, russes de path. 1890.
(3) Arch. prov. de mèdic. 1 Apr. 1899.
(4) Berl. Klin. Woch. 1887 No. 17 p. 30.
(5) Otto V. Herff Ueber Scheidenmycose Samm. Klin. Vorsträge 1895.

SPITALUL COLŢEA. — CLINICA OFTALMOLOGICĂ

Dr. D. N. MANOLESCU
Asistentul Clinicei

Şancru sifilitic al pleoapei

Observaţiune. In ziua de 9 Mai a. c. vine la consultaţiunile serviciului de oftalmologie copilul G. I. în etate de 4 ani, prezentând o ulceraţiune a bordului ciliar al pleoapei inferioare stângi. Mama sa ne spune că leziunea durează de pe la începutul lunei Aprilie, când a apărut subt forma unei mici proeminenţe înconjurată de o zonă uşor inflamatorie şi secretând prea puţin. Copilul acuza puţină jenă şi lăcrămare. N'a avut dureri. Familia a crezut că era un urcior, şi a neglijat de a-l arăta unui medic. Pe zi ce trecea leziunea progresa; mica proeminenţă, care la început ocupa numai bordul se întindea parte pe conjunctiva palpebrală, parte pe faţa cutanată a pleoapei. Curând ea deveni o ulceraţiune apreciabilă acoperită de o falsă membrană. La câte-va zile de la apariţia leziunei palpebrale, se putea observa în regiunea submaxilară respectivă, la nivelul unghiului maxilar, o tumefacţiune puţin sensibilă ce se accentua zilnic.

Persistenţa şi progresarea leziunei aduce bolnavul la consultaţiunile noastre.

Starea prezentă: De constituţie bună, nimic din punctul de vedere general. Marginea ciliară a pleoapei inferioare stângi prezintă în jumătatea sa internă o proeminenţă ulcerată alungită în direcţiune orizontală.

Această ulceraţiune aşezată „à cheval" pe bord e în realitate compusă din două porţiuni: o porţiune cutanată şi o porţiune conjunctivală. Prima porţiune alungită în direcţiunea bordului, reniformă, de mărimea aproape a unui bob de fasole, e o ulceraţiune ridicată, net limitată de un uşor burelet de consistenţă dură. Ulceraţiunea acoperită de o masă purulentă gălbue grisatră, fiind curăţată are o coloraţie roşie cărnoasă. Fundul e regulat, egal. Induraţiunea caracteristică. Porţiunea a doua, cea conjunctivală, se pune bine în evidenţă ectropionând puţin pleoapa inferioară. De dimensiunile unui bob de porumb ea are aceleaşi caractere ca şi ulceraţia cutanată. E acoperită însă de o falsă membrană albă grisatră, greu de detaşat. Intreaga leziune e indoloră şi secretă un licid seio-purulent murdar. Nimic din partea globului ocular. Nici o turburare vizuală.

In regiunea unghiului maxilarului inferior stâng se observă o tumefacţiune voluminoasă de mărimea unui ou de porumbel, care se pierde înaintând de o parte în regiunea submaxilară iar de altă în cea parotidiană. Prin palpaţie se constată un lanţ ganglionar ocupând regiunile preauriculară, parotidiană şi submaxilară stângă; ganglionii sunt mobili, duri şi de dimensiuni variabile de la mărimea unor boabe de fasole până la acea a unor alune mari. Un ganglion mai mare e situat exact la nivelul unghiului maxilar. Adenopatia e puţin sensibilă.

Se pune diagnosticul de şancru sifilitic al bordului ciliar, se fac spălături şi se aplică un pansament oclusiv.

13 Mai. In raclajele făcute la suprafaţa şancărului se constată presenţa *Spirocheţilor Schaudinn* prin metoda impregnărei cu tuş de China.

15 Mai. Pe torace şi flancuri apar pete roşii foarte discrete.

16. Mai. Roseola tot mai evidentă, ocupă aproape tot trunchiul.

17 Mai. Printre petele raseolice, au apărut şi câte-va sifilide papuloase. Ulceraţia cutanată micşorată ca suprafaţă, secretă mai puţin, merge spre cicatrisare.

20 Mai. Bolnavul în plină erupţie roseolică. Numeroase papule. Leziunea primară tot mai mică. Nu mai secretă. Se începe tratamentul, recomand fricţii cu câte 2 gr. de unguent napolitan.

Urmărind etiologia acestui şancru am găsit următoarele: Un frate al bolnavului de profesie măcelar, în etate de 25 ani, fiind examinat de mine, prezenta următoarele leziuni: plăci mucoase la nivelul comisurilor labiale, plăci mucoase anale şi perianale. Interogat declară că prin August a avut un şancru al frenului; cicatricea e bine vizibilă. Domiciliază în aceiaşi casă cu copilul şi dese ori îl sărută şi se joacă cu el.

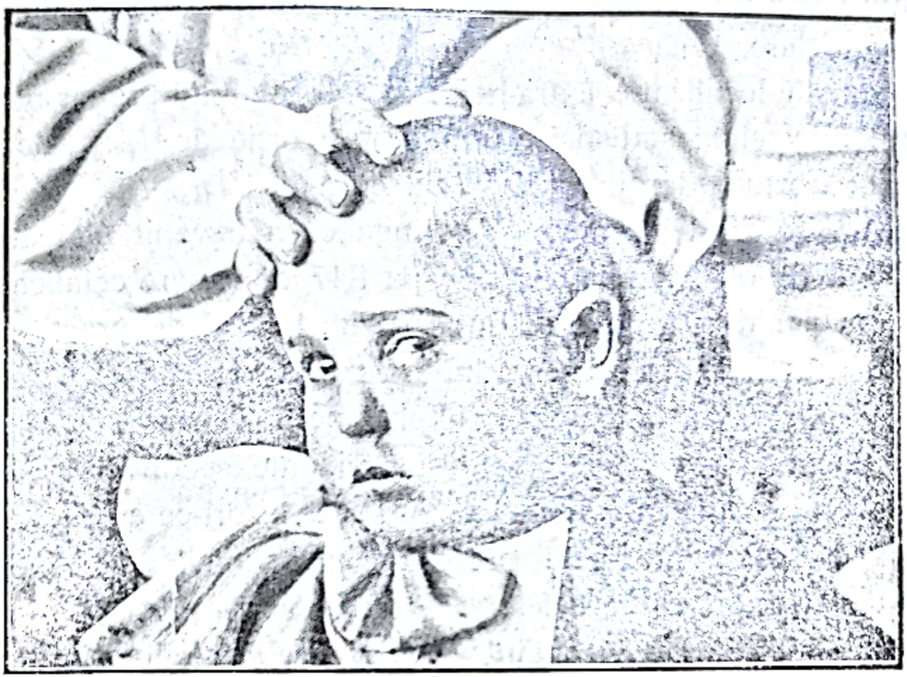


Fig. I.
Sancru sifilitic al pleoapei. Porţiunea cutanată.

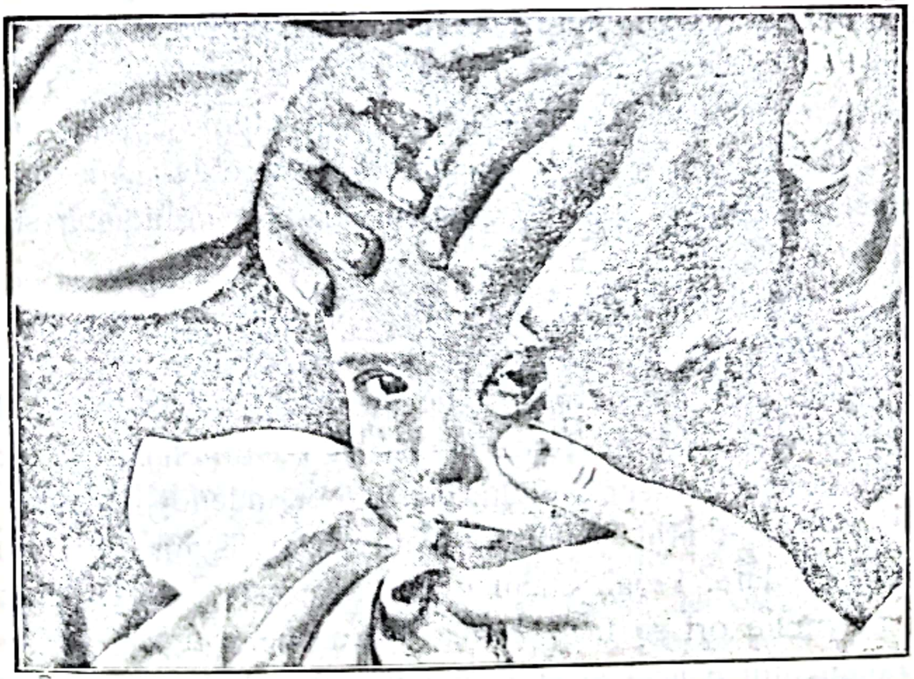


Fig. II.
Şancru sifilitic al pleoapei. Porţiunea conjunctivală. Adenopatia

Diagnosticul clinic al acestei ulceraţiuni a fost confirmat după cum am văzut prin prezenţa spirochetului şi prin apariţiunea accidentelor secundare.

Această localizaţie extra-genitală a sifilomului primar nu e atât de rară. In vechile statistici figura în proporţie de $^{1}/_{20\cdot000}$ de şancre (Zeisel). Fortuniades în teza sa dă cifra de $^{1}/_{500}$.

Probabil că azi leziunea pe lângă că a devenit mai deasă, e mai bine diagnosticată. Fournier pe 847 de şancre cefalice a găsit şancrul ocular de 21 de ori. Terson în 15 ani de practică a observat 9 cazuri. Prima observaţiune datează din 1850 şi e a lui Ricord, era vorba de un şancru al pleoapei inferioare şi al unghiului intern. Bolnavul avea adenopatie şi accidente secundare.

Şancrul sifilitic al pleapei se observă la ori-ce etate, e mai frecuent la bărbaţi şi în unele profesiuni ca; doică, moaşe, medici. Modul de contagiune de cele mai multe ori e „obscur, alte ori e sărutatul, muşcăturile, „lechajul" obicei care e frecuent în unele ţări (Rusia), raporturi fanteziste sau contagiunea mediată. Ca localizaţie el poate ocupa pleoapa propriu zisă, marginea ei ciliară sau conjunctiva.

Şancrul mărginei ciliare, ca în cazul nostru, este varietatea mai frecuentă. Cel conjunctival ocupă unghiurile sau conjunctiva propriu zisă. De cele mai multe ori bolnavi îi dau puţină atenţie crezând că au de a face cu un furoncul. Fenomenele subiective sunt minime. Aspectul leziunei e acel al şancărului sifilitic comun, prezentând de cele mai multe ori o membrană difteroidă. Adenopatia e voluminoasă şi ocupă regiunile: preauriculară, parotidiană şi submaxilară.

Diagnosticul se face cu cele alte ulceraţiuni conjunctivale sau palpebrale însoţite de adenopatii, de ex. cele tuberculoase, conjunctivita pseudomembranoasă, etc. Când se prezintă subt formă de tumoare, şancrul pleoapei se poate confunda cu un chalazion ulcerat. Diagnosticul bazat pe aspect, induraţia bazei şi adenopatia, indolenţă, trebueşte confirmat prin căutarea agentului sifilisului sau prin accidentele secundare. Prognosticul e fără gravitate pentru ochi; vindecarea de multe ori se face fără a lăsa urme.

Tratamentul e acel al sifilisului în general. Local e indicat un pansament oclusiv ca profilactic. Ori-ce cauterizări sau aplicări de substanţe iritante sunt proscrise de oftalmologişti.

LUNA MEDICALĂ

Societăţi savante Streine

SOCIETATEA DE BIOLOGIE

No. 22, 1910.

G. ROSENTHAL. — **Le sérum anti-perfringens, le Wright-vaccin antiperfringens, dans la médication des infections graves anaérobies.** R. prepară vaccinul, omorând prin căldură sau învechire culturi făcute în bulion zacharat fără gelatină, după ce le centrifugase prealabil; culturile făcute în baloane închise erau prealabil atenuate prin aerobioză. Depozitul luat ca apă fiziologică este dozat ast-fel ca 1 cmc. să conţină 10 milioane germeni.

Serul a fost preparat pe cai, prin injecţii progresive de culturi aerobii la început, mai în urmă anaerobe în lapte închis şi în sfârşit injecţii intravenoase de bacili. Serul nu este bactericid, nici aglutinant, nu provoacă imobilizare; are însă putere preventivă efectivă: Un cobai de 480 gr., care primise 2 c. ser şi căruia după 24 ore i se inoculase doza mortală, rămâne indemn de infecţiune. R. ar fi observat oare-cari proprietăţi preventive de grup: varietatea reumatismală etc.

AYNAUD. — **Méthode de numération des globulins chez l'homme.** Numărătoarea se face luându-se sânge dintr'o vână, fără a comprima prin legătură capătul central al venei, ceea-ce ar falşifica numărul globulinelor. Sângele este primit într'o siringă, unde se găseşte în mod prealabil citrat de sodiu 10%, în urmă să descarcă siringa într'un tub parafinat.

Pentru o numărare exactă şi un raport cât mai adevărat între numărul globulelor roşii şi globulinelor să ia 2—3 picături din amestec şi să pune într'un godet parafinat care conţinea 2—3 c. c. din soluţia: Citrat de sodiu 10 gr., Na Cl 5 gr., apă distilată 500 gr., 10 c. c. formol din comerţ. O picătură din amestec să pune pe discul central al unei camere-numărătoare Thoma, să acoperă cu o lamelă şi să lasă 15—20 minute pentru ca globulinele să se aşeze pe fundul camerei. Cu No. 7, diafragma fără condensator să văd globulinele ca nişte discuri mici palide, mai puţin refringente ca leucocitele; în urmă să poate face numărarea ca şi raportul cu globulele roşii. Media este de 216.000 pe mm. c. pentru om; numărul lor este cu atât mai mare cu cât animalul este mai mic.

NICOLAU BETTENCOURT. — **Le système hémolytique lapin homme dans la séro-réaction du kyste hydatique.** Intr'un caz de kist hidatic supurat retro-celiac, în care atât reacţia de precipitare cât şi reacţia de fixaţie Bordet-Gengou fuseseră negative; rezultatul a fost net pozitiv făcându-se reacţia, după indicaţiile lui Noguchi, cu un sistem hemolitic globule roşii de om — ser hemolitic epure-om. Existenţa kistului a fost confirmată prin intervenţia chirurgicală ulterioară.

J. NAGEOTTE. — **Phénomènes de sécrétion dans le protoplasma des cellules névrogliques de la substance grise.** Rolul celulelor nevrgolice nu se mărgineşte la un simplu aparat de susţinere. Ramon credea că celulele nevraglice servă de izolator al ramificaţiilor neuronilor. Golgi le atribue un rol important în nutriţia celulelor nervoase, cărora le-ar duce substanţele nutritive. Lugàro le atribue rolul de transformator, făcând inofensive substanţele de desasimilare ale sistemului nervos. Cajalle dă un însemnat rol nutritiv. Nageotte studiind expansiunile protoplasmatice a găsit *promulaţiuni asemănătoare în totul granulaţiilor observate în celulele glandulare, cu toată gama de coloraţie a transformărei mitochondriilor în granulaţii de secreţiune.* Concluzia autorului este că nevroglia n'ar fi alt-ceva de cât o glandă interstiţială anexată sistemului nervos.

EDMOND LESNÉ et LUCIEN DREYFUS. — **De l'influence de la voie d'introduction de la substance anapphylactisante sur la production du phénomène anaphylactique.** Făcând un studiu comparativ a căilor de introducere a substânţei anafilactisante nu obţine nici odată fenomene de anafilaxie, uzând de calea intestinală şi stomacală (injecţiune directă după laparatomie). Păretele tubului digestiv ca şi ficatul n'are nici o legătură cu absenţa fenomenelor de anafilaxie, după cum foarte bine o arată maceratul acestor organe cu substanţa anafilactizantă. E o acţiune directă a sucurilor digestive, care transformă substanţele albuminoide făcându-le inapte de a da fenomene de anafilaxie.

C. LEVADITI et ST. MUTERMILCH. — **Mécanisme de la phagocytose.** Provoacă acest fenomen punând la un loc o picătură de sânge de şoarece tripanosomiat, globule albe de cobai (exudat peritoneal) şi ser de cobai tripanosomiat, sângerat în criză tripanolitică. Indată ce tripanosomii au în contact cu globulele albe să fixează pe protoplasma acestora, cu partea neflagelată; leucocitele emit pseudopode, cari inglobează treptat parazitul şi care rămâne mobil până ce este fagocitată regiunea, unde se găseşte nucleul; urmează apoi tripanoliza complectă. Dacă se înlocueşte serul tripanolitic cu ser normal de cobai, fenomenele descrise nu se mai observă. Primul fenomen, acel al ataşărei tripanosomului, este independent de viaţa leucocitelor este un fenomen fizico-chimic, analog aglutinărei, rămânând totuşi specific de oare-ce numai tripanosomii sensibilizaţi să prind de leucocite. A doua fază, a fagocitărei propriu zisă, este pur biologică, necesitând elemente leucocitare integre, şi în plină vitalitate; nu s'a putut obţine din leucocite prin nici un artificiu de technică, o substanţă cu proprietăţi tripanolitice; ca şi cum principiul microbien ar lua naştere în leucocite numai în urma excitărei provocate de alipirea microorganismului fagocitabil.

DR. CIUCĂ

No. 23, 1910.

GUIDO FINZI. — **L'anaphylaxie passive à l'égard de l'endotoxine du bacille tuberculeux.** Cu serul unui cal ipersensibilizat cu endotoxina bacilului tuberculos injectează intraperitoneal cobai şi epuri.

După 24 ore injectând intravenos aceste animale cu endotoxină tuberculoasă capătă la cobai fenomene clonice de anafilaxie, la epuri mult mai atenuate injecţiunile intracerebrale cu endotoxină la animalele ast-fel hipersensibilizate confirmă faptul. Martorii execută intraperitoneal cu ser de cal normal rămân indemni de ori-ce fenomen de anofilaxie la o medie intravenoasă de endotoxină; mor după câte-va ore ce infectaţi intracerebral fără a avea accidente anafilactice.

SICARD et SALIN. — **Histologie des réactions méningées aseptiques pronoyuées chez l'homme.** Studiază leziunile medulare în 3 cazuri, cari fuseseră tratate înainte de moarte cu injecţiuni intrarachidiene de novocaină, ser antimeningococic etc. Constată: o congestie musculară intensă localizată mai ales în regiunea sacrolombară: pe secţiune o infiltraţie limfo-polinucleară la nivelul vaselor spinale posterioare, rădăcinilor posterioare şi fundurilor de sac a ganglionilor rachidieni. După 3 săptămâni procesul reacţional e complect dispărut. Aceste părţi explică fenomenele, întâmplate în urma injecţiunilor intrarachidiene.

SICARD. — **Traitement de certains symptômes du tabes inférieur par les injections arachnoidoennes.** Pentru a aduce mercurul în contact direct cu leziunile tabetice, concomitent cu injecţiunile intramusculară, provoacă exudate meningeene prin injecţiuni intrarachidiene cu ser de cal, sau ser fiziologic. Amelioraţiuni remarcabile, limfacitoza dispare ca şi reacţia de fixaţie a lichidului cefalo-rachidian.

DR. CIUCĂ

No. 24, 1910.

CH. RICHET. — **De la sero-anaphylaxie homogénique.** Realizează experienţele prin transfuziune la animale de aceeaşi specie; un câine poate primi până la 10% din greutatea sa. A doua transfuziune, anafilachizantă, o face o lună în urmă; nici un accident.

No. 26, 1910.

MAURICE LAEPER et GEORGES BÉCHAMP. — **La chaux du sang dans quelques états pathologiques.** In stare normală cantitatea de calciu în sânge variează între 0.065 — 0.07 la mie sânge proaspăt, 0.12 — 0.14 la mie ser şi 0.056 — 0.06 la mie cheag. Ori pe lângă modificările neînsemnate provocate de anumite regiuni alimentare şi vârstă, autorul găseşte oscilaţii evidente după boale: In enterite şi hipercloridrie găseşte o hipocalcemie, datorită unei demineralizări intense pe cale intestinală. In tuberculoză rezultate inconstante şi contra dictorii. Constată din contră o hipercalcemie intensă în Osteo-malacie, aterom, pneumonie, nefrite, asistolie, crize dispneice, hipercalcemie, care ar ţine la o desasimilare osoasă, o insuficienţă de eliminare, o încetinire a circulaţiei, etc. In tot cazul ori este o supraproducţie de calce circulantă, ori o retenţie însemnată.

CATHOIRE. — **Recherche de la déviation du complément dans le typhus exanthématique.** C. face W. rapid în 15 cazuri de tifus exantematic, întrebuinţând ca antigen extract alcoolic de splină, provenită de la un tific exantematic mort în a 15-a zi de boală. Ar fi obţinut fixarea complementului sută la sută. E surprinzător cum în 15 cazuri hemolizina normală a omului pentru globulii de oase n'a lipsit o singură dată.

NOEL FRESSINGER et L. ROVDOWSKA. — **De la myocardite parcellare par komogénéisation terminale au cours de la fièvre typhoïde.** Examinând cordul mai multor tifici, morţi cu sindromul tachicardic, embriocardic sau ipotensiune arterială, autorii n'au găsit leziunile clorice de degenerescenţă granuloasă, disociaţie segmentară sau rar degenerescenţă groasă vitroasă. Intâlnesc însă în mod constant. Un ast-fel de leziuni, cari predomină mai ales pe peretele interventricular şi pilierii ventriculului stâng şi cari preced fenomenul de disociaţie segmentară: o alteraţie a extremităţei fibrei în vecinătatea bandelor intermediare, care apare omogenizată şi se colorează masiv în albastru închis cu lac cupric de homotoxilină safranină; fixare după Wegand. Odată cu omogenizarea extremităţei fibrei, banda intermediară se intinde, filamentele ei devin net vizibile reproducând figurile din inima cholericilor. E o retracţiune a sarcoplasmei care întinde până la rupere banda intermediară, provocând ulterior disociareo segmentară.

ABELOSES et BARDIER. — **Urohypotensine et urémie.** Animalele injectate cu urohipotensină reproduc în mod complect şi cu localizările cele mai complecte fenomenele de uremie. Mai mult, leziunile necropsice sunt aceleaşi ca şi la uremici.

SARVONAT et REBATTU. — **Influence de la Tuberculose sur la minéralisation chez le cobaye.** După ce tuberculizează cobai, dozează cantitatea de Ca în oase şi părţile moi; constată că Ca este diminuat în oase, din contră se găseşte în mai mare cantitate în părţile moi; în ambele cazuri însă cifrele sunt inferioare celor corespunzătoare de la cobaiul sănătos. In total o decalcificare a organismului şi mai ales a scheletului.

BRIAT et DOPTER.—**Action expérimentale du sérum antimeningococeique sur le méningocoque.** Un amestec de ser antimeningococic şi meniningococic sau o injecţie de ser antimeningococic, urmată la interval de una sau două ore de o injecţie de meningococi provoacă în injecţie intravenoasă la cobai fenomene foarte grave, chiar moarte. Nu se întâmplă ceva asemănător cobailor, cari primesc întâi o injecţie de meningococi şi în urmă o injecţie de ser. Sucombă, ce e drept, după un timp oare-care, fără însă să aibă accidente imediate ca în primele 2 cazuri. Faptul ar trece la cantitatea minimă de microbi liberi, pe cari i-ar întâlni serul în circulaţie, majoritatea fiind fagocitaţi şi depozitaţi în organele interne. La aceasta ar trece şi lipsa de accidente în injecţiile intra-rachidiene cu ser antimeningococic, găsindu-se foarte rar microbi liberi.

BESREDKA. — **Les vaccinations subintrantes appliqué aux animaux passivement anaphylactises; l'anaphylaxie passive.** Cu serul unui epure vaccinat cu ser de cal (hoctunc într'o lună cu patru rânduri) sensibilează pasiv o serie de cobai, injoctându-le în peritoneu câte 2 c. m. c. din acest ser. Incercând după 24 ore sensibilizarea unora din cobai cu injecţiuni intracerebrale şi intravenoase de ser de cal, capătă jn mod constant accidente grave, constant mortale de anafilaxie. La cobaii rămaşi încearcă o vaccinare contra fenomenelor de anafilaxie, injectându-i la intervale de una până la patru ore şi pe căi difererite injecţii repetate de ser de cal. Reuşeşte să înlăture în mod constant fenomenele de anafilaxie, chiar întrebuinţând ca doză anafilactizantă, doza de 20 ori mortală, aşa dar anafilaxia pasivă se poate înpedica prin injecţii subcutanate cari produc desensibilizarea organizmului.

CH. ACHARD et CH. FLANDIN. — **Toxicité des centres nerveux pendant le choc anaphylactique.** Extractele de creer provenite de la animale moarte prin şoc anafilactic, dau fenomene grave şi chiar mortale, dacă sunt injectate sub dura unor cobai normali, nu observă nimic anormal martorilor cu creer de cobai normal sau de cobai reinjectat înainte de intervalul necesar sensibilizărei.

J. COURMONT et A. RACHAIX. — **Technique de la détermination du bacille d'Eberth par la recherche de l'agglutination.** Din cauza inconstanţei aglutinabilităţei bacililor izolaţi de la tifici, s'a dat multă vreme mai multă importanţă caracterelor biochimic de cât celor aglutinante în identificarea bacililor tifici. Autorii revin cu multă insistenţă asupra superiorităţei puterei aglutinante în identificare, sfătuind să se ţină seamă de faptul că bacilii tifici, cari nu sunt aglutinanţi de un ser specific în prima generaţie, devin foarte aglutinabili după 10 — 12 treceri. Widal crede că în identificare nu e nevoe de un ser prea aglutinant, care ar trece peste titlul de 1 la mie.

BELIN. — **De l'existance d'une protoxogénine.** Autorul caută o explicaţie a intervalului de 10 — 12 zile, necesar unei sensibilizări deci unei produceri de toxogenină. Rezultatul a fost că serul unui cobai, sensibilizat cu ser de măgar cu 1 zi mai înainte amestecat cu carbonat de sodiu 1°/₀ — amestecul lăsat 2 ore la 37 grade—şi luat apoi alte 2 ore în contact cu ser de măgar, dă în mod constant accidente mortale de anafilaxie, dacă se injectează intra-cerebral unui cobai sănătos. Se obţine deci prin carbonul de sodiu o accelerare însemuată a producerei toxogeninei dintr'o protoxogenină existentă în urma primei injecţiuni de ser. Nu se obţine aceleaşi fenomene dacă serul e tratat cu acid clorhidric sau acetic.

Aceleaşi rezultate obtinute cu creerul animalelor sensibilizate şi cu nici unul din cele-lalte organe, arată neted că protoxogenina îşi are sediul în creer şi că transformarea acesteia în toxogenină s'ar face graţie Co_3. Na. şi bicarbonatului de sodiu.

A. VANNEY. — **Dela réaction précipitante dans le rouget.** Serul antirugetic este foarte precipitant pentru culturile în bulion de rujet sau pentru filtratele acestora, mai ales când sunt încălzite la 70—120 grade. Reacţia este mai evidentă la 37 grade. Serul de cal normal nu dă nimic cu filtratele, nici serul specific cu extracte microbiene, altele de cât rujetul.

AL. CAWADIAS. — **Causes de la toxicité du sérum sanguin des urémiques.** Serul uremicilor încălzit la 56 grade işi pierde complect puterea toxică. Autorul conchide la apariţia în sângele uremicilor a unei substanţe albuminoide toxice străină, a unei nefrotoxine. Toxicitatea serului e în totul asemănătoare toxicităţei serului bolnavilor de preumonie, etc. Nu s'a găsit în serul uremicilor vre-un anticorp prin reacţia Bordet-Gengou.

DR. CIUCĂ

No. 27, 1910.

NETTER. — **Les accidents postsérothérapiques dans le traitement de la méningite cérébro-spinale etc.** Relativ la comunicarea anterioară a lui Briat şi Dopter, N. răspunde cu câte va cazuri de meningită cerebro-spinată fără reacţie leucocitară, cu meningococi liberi şi în cari cu toate acestea nu s'a observat nici un accident toxic după injecţia de ser. Totdauna însă aveau accidente când lichidul cefalo-rachidian era purulent. Personal, am întrebuinţat cu succes şi fără nici un accident serul anti-meningococcic într'un caz de meningită cerebro-spinală fără reacţie leucocitară şi cu numeroşi meningococi liberi.

MESTREZAT et SAPPEY. — **Des injections intrarachidiennes d'éléctomercurol dans le tabes modifications consécutives du liquide céphalo-rachidien. Action sur le procéssus méningé et les lésions profondes.** In urma injecţiunilor intra-rachid, cu electro-mercurol, autorii au observat însemnate modificări la tabetici mai ales în ce priveşte fenomenele subiective dureroase. — Nu este tot aşa cu semnele clinice obiective: ataxia, starea reflexelor, semnul lui Argyl, cari nu sunt într'un nimic modificate.

Ameliorarea simtomelor dureroase ar fi datorite acţiunei electro-mercurolului asupra procesului de meningită cronică, care există la cea mai mare parte a colecţiei lor, care meningită cronică este modificată de meningita acută terapeutică provocată de injecţia electro-mercurială.

La distanţă acţiunea electro-mercurolului să resimte deasupra leziunilor profunde.

BRIAT et DOPTER. — **Moyen de prevenir les accidents observés chez le cheval en cours d'immunisation anti-meningococique.** Două metode prepară contra accidentelor la animalele pe cale de vaccinaţiune: 1. Amestecul de microbi şi ser anti-meningococic, care a fost debarasat prealabil de lizina prin amestecare cu corpi microbieni şi centrifugare, este cu totul inofensiv pentru cobai.

Martorii cu amestec de ser anti-meningococic şi corpi, dă mortalitate sută la sută, chiar la jumătate de doză. In ce priveşte vaccinările cailor, să pune la adăpost în mod sigur şi constant de accidentele toxice dacă în loc de o singură injecţiune, face aceiaşi doză în aceaşi zi 2 porţiuni sau 3.

BLAIZOT. — **Un nouveau moyen de sensibiliser les lapins anaphylactisés au serum de cheval.** Epurii, cari au primit o injecţiune sensibilizantă de ser de cal, şi cărora li să injectează sânge provenind de la epuri anofilactizaţi sunt puşi la adăpost de accidentele anafilactice, când li se face anterior injecţia anafilactizantă. Faptul ţine probabil la o vaccinaţiune cu urme de antigen, cari ar mai rămâne în sângele animalelor injectate cu ser de cal şi a căror sânge a servit ca vaccin anafilactic.

RIBADEAU DUMAS et HARVIER. — **Recherches sur l'élimination du bacille typhique et des paratyphiques par l'intestin.** Pentru îndrumarea cercetărilor, după ce au injectat epuri în vână cu culturi de Ebert şi Paratifici suturează intestinul imediat dedesuptul chrledocului şi după 12 ore sacrifică animalele, făcând cultur din toate organele.

Capătă culturi pure din ficat, splină etc., păreţii intestinului şi cu deosebire din regiunea apendiculară, unde ţesutul limfoid este atât de bogat; izolează de asemenea şi din acesta. Prin urmare localizarea bacilului pe intestin este independentă de calea biliară, Bacilii fiind aduşi pe cale sanguină.

No. 28, 1910.

CH. NICOLLE et BLAIZOT. — **Réproduction expérimentale de la lèpre chez les singes inférieurs.** — Cercetări făcute pe Rhesus şi Bonnet le-au dat următoarele rezultate: Ori de câte ori inoculează la maimuţe produse tinere (leprome cutanate) capătă un interval de 62—68 zile leprome tipice cu leziuni asemănătoare cu cele de la om şi cari durează de la 30-57 zile. Dacă înainte de vindecarea lepromelor se face o a doua injecţiune durata incubaţiei e mult mai scurtă şi lepromele mai durabile. Sensibilizarea e şi mai evidentă dacă se face şi a III-a injecţiune virulentă.

WEINBERG et I. BROMFENBRENNER. — După autori metoda lui Noguchi, aplicată la chitrele hidatice ar da rezultate mai constante mai ales dacă se întrebuinţează cu antigen extracte bogate în lipoizi. W. şi B. modifică puţin technica şi capătă rezultate precise. cari le permit să dozeze chiar cantitatea de anticorpi. Intrebuinţează doze variabile de antigen şi diluţie de ser de bolnav $^1/_4$; globuli roşii de om $10^0/_0$ prealabil sensibilizate cu un ser hemolitic epure om. Cu această metodă capătă rezultate pozitive chiar când sunt cantităţi foarte mici de anticorpi. Incălzind serurile la 56^0 durate variabile, observă încă odată cât de mult scade cantitatea de anticorpi cu durată de încălzire şi gradul de temperatură; $^1/_2$ oră la 70^0 distrugere complectă a anticorpilor.

DANIELOPOL. — **Nouvelle réaction biologique permettant de reconnaître les processus inflammatoires méningés. Augmentation de l'action empêchante du liquide céphalo-rachidien sur le pauvoir hémolytique du taurocholate de sonde.** O foarte interesantă serie de cercetări asupra lichidului cefalorachidian patologic, care permite de a diagnostica în clinică o meningită sau o afecţiune cronică a sistemului nervos central, însoţită de reacţiune meningee cronică. D. întrebuinţează doza minimă de taurocolat, care dă hemoliza ($1^0/_0$ în apă fiziologică $0.95^0/_0$) în 5—10 minute la 37^0 într'un c. c. diluţie de globuli roşii pentru 0.2 câine $1^0/_0$. Variază cantităţile de lichid cefalo-rachidian de la c. 0.2 soluţie de taurocolat şi c. globule roşii. După $^1/_2$—1 oră hemoliza e complectă în tuburile martore cu lichid normal; *lipsă complectă de hemoliză în tuburile cu lichid patologic.*

Reacţiunea nu este specifică pentru procesele meningee acute; întâlnindu-se şi la purtătorii de leziuni cronice nervoase.

DANIELOPOL. — **Sur une substance, hémolytique dans le liquida céphalo-rachidien.** In seria anterioară de cercetări autorul remarcă în mod constant atât în lichidele normale cât şi patologice prezenta unei hemolizine pentru globulii de câne şi epure (slab). Nici-o acţiune asupra globulilor de oae.

MARINESCU et MINEA. — **L'influence de la narcose sur la greffe des ganglions nerveux.** Cercetări foarte importante, cari demonstră că narcoza suficient prelungită are o acţiune incontestabilă asupra ganglionilor grefaţi, constând în fenomene de degenerescenţă; să constată de asemenea o încetenire a f. gacitozei precum şi o diminuare însemnată a Capacităţei de reacţiune plastică a celulelor nervoase rezistente.

NĂDEJDE. — **Recherches experimentales sur l'antianaphylaxie sérique.** substanţa cerebrală a animalelor vaccinate contra serului de cal are proprietatea că fiind amestecată în proporţie de $^1/_8$ cu ser de cal, neutralizează puterea anafilactizantă a serului de cal. Ceea ce nu se întâmplă cu serul aceloraşi animale.

DR. CIUCĂ

Patologie generală

H. BUSQUET et V. PACHON. — **La décalcification, processus toxique cardiaque. Toxicité des phosphates neutre et basique de sodium pour le coeur isolé. Son mécanisme décalifiant.** *(Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 15 Martie 1909), No. 9.—Continuând cercetările lor, autorii studiază acţiunea phosphatelor de Na asupra inimei izolate, ajungând la concluziuni care confirmă cu totul rezultatele obţinute în lucrările precedente. Prezenţa sărurilor de calce sau a ionilor de Ca apare ca indispensabilă la funcţionarea cordului. Toate soluţiunile care precipită aceste săruri sunt toxice pentru cord. Soluţiunile isotonice de phosphate de Na sunt toate toxice; inima irigată de aceste soluţiuni se opreşte în diastolă aproape imediat (câteva secunde).

Acţiunea toxică a phosphatelor di şi tri-iodice e atenuată prin prezenţa Co^2 în saturaţie, şi e neutralizată cu totul, dacă se adaugă la aceste soluţiuni şi 0 gr. 05 de $Ca\ Cl^2$ la $^0/_{00}$.

Phosphatul mono-sodic mai are în plus o toxicitate proprie, datorită probabil acidităţei lui, căci nici saturarea cu Co^2, nici adăogirea de $Ca\ Cl^2$ nu pot face să reapară contracţiunile cordului intoxicat cu această substanţă.

LALU.

ALBERTO BRIGHENTI.— **Etude sur les substances actives de l'avoine par rapport à la contraction musculaire. Action des produits de l'autolyse et de la digestion chloro-péptique des grains d'avoine non germants sur la courbe automatique de la fatigue.** *(J. de Physiologie et de Path. générale*, 15 Noembrie 1909), No. 6.—Cunoscută fiind valoarea nutritivă a ovăzului (servind de aliment la animalele care produc un foarte mare travaliu mecanic), în urma lucrărilor prof. Pugliesi, a studiat acţiunea physiologică a produselor fie de autoliză a ovăzului, fie a digestiunilor artificiale (chloro-peptice) ale acestei substanţe, injectându-le în muşchi sau în sacul dorsal la broaşte şi luând în urmă curba de oboseală automatică a gastrocnemianului, prin intermediarul myografului lui Tigerstedt.

Rezultatele obţinute foarte concordante între ele, sunt următoarele: travaliul muschiular e mult mai mare; contracţiunile muschiulare sunt mult mai intense; durata curbei de oboseală automatică e considerabil prelungită.

E de notat că acţiunea acestor substanţe ale ovăzului, nu depinde de zahărul conţinut în ele şi că lichidele acestea pot fi supuse la ferbere sau precipitate prin alcool, fără ca acţiunea lor asupra muschilor să fie alterată.

Dat fiind proprietatea dynamogenă a ovăzului, s'ar putea explica până la oare-care punct, rezultatele therapeutice obţinute cu aceasiă substanţă.

LALU.

A. B. MARFAN.—**Etudes anatomiques sur les os rachitiques** (4-me mémoire) **Nature des alterrations osseuses du rachitisme.** *(J. de Physiologie et de Path. générale*, 15 Noembrie 1909, No. 6. — A. rezumă memoriile precedente şi trece în revistă teoriile emise relativ la natura alteraţiunilor osoase observate în rachitism.

Marfan admite printre cauzele predispozante, hereditatea (familii de artritici) şi reaua alimentaţie, mai ales alăptarea artificială făcută din primul moment. Dar adevăratele cauze efficente ale acestei maladii ar fi o infecţiune sau o intoxicaţiune prelungită, care survenind la copii în faza de osificaţie (de la cele de pe urmă luni ale vieţei intra-uterine şi până la 2 ani) ar modifica funcţiunile măduvei osoase, care la rândul ei ar turbura procesul normal de osificaţiune.

Printre intoxicaţiunile sau infecţiunile cunoscute care ar putea determina rachitismul, autorul citează: sifilisul hereditar, branco-pneumoniile rebele, piodermitele cronice, supuraţiunile de tot felul şi chiar tuberculoza. Faptul că la copiii rachitici se observă în acelaş timp o poliadenie, o hipertrofie a amigdalelor palatine şi faringee, o hipertrofie a timusului şi a splinei, face pe autor să conchidă că rachitizmul ca şi aceste simptome concomitente, nu sunt datorite de cât unei infecţiuni sau unei intoxicaţiuni survenite în prima copilărie. Rachitizmul după Marfan n'ar fi de cât un syndrom, rezultând din cauza unei turburări generale toxice sau infecţioase, localizată mai ales pe oase şi în ţesuturile hemo-limfatice.

Rezultă pentru medici că diagnosticul de rachitizm odată stabilit, nu trebue să ne mulţumim cu atât, ci să căutăm a pătrunde patogenia sau etiologia acestei maladii.

LALU..

F. BEZANÇON et H. de SERBONNES.—**Etude sur les anticorps tuberculeux. 1-er mémoire, reaction de fixation, 2-me mémoire: Precipitation, aglutination et cuti-reaction.** *(Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 15 Noembrie 1910, No. 6). Nu fac de cât să traduc conclusiunile acestor autori, căci persoanele care se interesează de aproape de aceste chestiuni vor fi consultat lucrarea lor în întregime, fiind importantă din multe puncte de vedere:

„Toate aceste reacţiuni foarte interesante pentru studiul mersului maladiei, nu au de cât un interes mediocru din punct de vedere al diagnosticului. Singura reacţiune de fixaţie s'a arătat specifică din punct de vedere clinic. Din 15 bolnavi ne-tuberculoşi din punct de vedere clinic, nici unul n'a avut deviaţiunea complementului. Unul din aceştia, fără urme de tuberculoză la autopsie şi mort de o pneumonie, avea totuşi reacţiunile de precipitare, de aglutinare şi cuti-reacţiunea pozitivă.

Ori-cum ar fi, reacţiunea lui Bordet-Gengon, din cauza neregularităţilor ce prezintă în tuberculoză, nu ne poate servi ca metodă de diagnostic clinic şi nici din punct de vedere al pronosticului, căci nu ne lămureşte de loc asupra formei maladiei şi nu ne indică de loc dacă focarul tuberculos e stins sau activ.

Aglutinarea şi reacţiunea de precipitare, ar putea avea un interes din punct de vedere al pronosticului. Reacţiunile aceste fiind mai intense la tuberculoşi pe cale de ameliorare. Specificitatea lor însă, ne-a părut aproape nulă. Reacţiunile cele mai intense le-am obţinut cu serul bolnavilor de pneumonie sau de tifos.

Cuti-reacţiunea la adult, ne-a părut de o importanţă mediocră din punct de vedere al diagnosticului (această reacţiune depinde de multe ori de sensibilitatea individuală a bolnavului). Din punctul de vedere al pronosticului, o cuti-reacţiune intensă, ne-a părut un indiciu favorabil.

In definitiv, nici una din aceste reacţiuni nu ne pare să poată intra în mod definitiv în practica curentă. Totuşi gruparea lor şi mai ales dacă comparăm rezultatele obţinute, în serii cu curbele termice şi hematologice, aceste metode prezintă un interes teoretic dându-ne seama de mersul acestei maladii.

Graţie reacţiunei de fixaţie putem depărta o serie de mici rechute, însoţite de dispariţiunea sensibilizatricelor conţinute în serum şi urmate de adevărate faze negative, interesante de cunoscut, căci ele constituesc faze periculoase şi de temut pentru încercările de terapeutică vaccinală.

Curba dată de examenul în serie a sensibilităţei celor conţinute în serul tuberculoşilor, oscilează şi e cu totul opusă celei ce se constată la tifici, care e progresivă şi continuă. Febra tifoidă şi tuberculoza formează ast-fel două tipuri de maladii, în care reacţiunile humorale par a se comporta într'un mod diametralmente opus".

LALU

G. ETIENNE et FRITSCH.—**Origine de la chaux dans la calcification des artères er pathogéne de l'athérome calcifié.** *(Journal de Physiologie et de Pathologie générale,* 15 Noembrie 1909), No. 6. Din experienţele autorilor (făcute pe iepuri), rezultă că serurile de Ca sunt mai întotdeauna eliminate, fiind de alt-fel puţin asimilabile. Rezerva de Ca o constitue scheletul, unde se găseşte o aşa de mare cantitate (aprox. 1400 gr. la un om de 60 kgr.), în cât poate face faţă la toate nevoile organismului în această privinţă.

Organizmul unui adult conţine aproxim. 15 gr. de Ca organic. Dintre acestea 4 gr. fac parte oare-cum integrantă din materia organică (nu creşte, nici scade fără ca materia proteică să fie distrusă şi nu se pot recunoaşte prin intermediarul reactivelor). Restul de 11 gr. se găseşte sub formă de albuminate, sacharate de Ca, etc. e slab combinată cu materia organică şi face parte din toate lichidele organice. Cantitatea aceasta de Ca semi-organică, variază după compoziţiunea scheletului, mai puţin după alimentaţie, dar totdeauna în proporţiuni foarte restrânse.

Totalitatea de Ca mineral solvit în sânge e inferioară a 0,50 ctgr.

Identitatea între atheromul experimental şi atheromul spontaneu (la acelaş animal) odată admisă—ceia-ce pare a fi stabilit după cercetările ei—iată care ar fi după aceşti autori patogenia atheromului calcifiat: O parte din Ca din schelet se dizolvă şi trece în sânge (fără a mări totuşi saturaţia biologică a acestui lichid în CaO, căci surplusul se eliminează treptat).

Adrenalina, $CaCl^2$ şi in general toate substanţele toxice, determină o iritaţie prealabilă, o infiltraţie conjuctivă pe peretele vaselor. Ca din sânge (care la persoane în vârstă circulă mai încet) se depune pe aceste locuri şi determină atheromul.

Intoxicaţiunile alimentare sunt suficiente pentru a determina leziunile vasculare cari cu timpul să calcifică. Deci pentru a evita atheromul ar fi de preferat după aceşti autori, un regim ceva mai bogat în calciu, de cât un regim toxi-alimentar.

P. BONIN et P. ANCEL.— **Recherches sur les fonctions du corps jaune gestatif. I. Sur le déterminisme de la préparation de l'uterus à la fixation de l'oeuf.** *(J. de Physiologie et de Path. générale,* 15 Janvier 1910), No. 1. Din experienţele autorilor, urmate de un studiu histologic amănunţit. rezultă că numai corpurile galbene ale ovarului—persistente în tot timpul gestaţiunei—pot determina sub influenţa lor o hyperomie, o hypertrefie şi multiplicatiuni celulare a mucoasei uterine, având ca rezultat de a prepara acest organ pentru a putea fixa oul fecundat.

LALU.

Pediatrie

BINET, TRÉNEL et WORMS. — **Les incurvations des os de l'avant-bras consecutives à l'ostomyelite de leur extrémité inferieure.** *Arch. de Med. des Enf.* Maiu 1910. Se poate observa 3 feluri de incurvaţiuni:

1. Incuraţiunea radiului consecutivă unei osteomylite a extremităţei inferioare a cubitului;

2. Incuraţiunea cubitului consecutivă unei osteongetite a extremităţei inferioare a radiului.

3. „Radius curvus".

Patogenia celor 2 prime deformaţiuni e uşoară de înţeles: osteomyelita distrugând cartilagiul epifizar a unuia din cele 2 oase, creşterea acestui os se opreşte pe când creşterea celuilalt os continuând, acesta din urmă este silit a se încovoia pentru ca extremitatea sa să rămână la acelaş nivel cu cea a osului oprit în creştere.

Patogenia leziunei descrie sub numele de „radius curvus" este mult mai discutată, se ştie că această leziune consistă într'o încurvaţie cu convexitate dorsală a extremităţei inferioare a radiului şi o proeminare exagerată a extremităţei inferioare a cubitului pe faţa dorsală a încheieturei mânei.

Pentru a explica această leziune s'a invocat o contractură a flexorilor (Dupuytren şi Weber), leziuni ligamentoase (Malgagne), leziuni osoase datorite rachitizmului tardif (Duplay şi Delbet), o anomalie de evoluţie (Estor).

Nici una din aceste teorii nu pare satisfăcătoare. Autorii propun o altă teorie: ar fi vorba de o osteomyelită parţială a extremităţei inferioare a radiului. Dacă partea palmară a catartilagiului epifizar a fost distrusă pe când partea dorsală a aceluiaş cartilagiu rămâne neatinsă, osul va creşte pe faţa dorsală şi va rămâne staţionar pe faţa bolnavă, şi radiul se va incurva oferind o convexitate dorsală. Deformaţiunea cuneiformă a cartilagiului epifizar a fost constată de Roget pe radiografii.

Aceste leziuni nu au nici o tendinţă la vindecarea spontană, nici nu pot fi influenţate de un tratament ortopedic; tratamentul va fi chirurgical: osteotomia lineară sau cuneiformă, cu imobilizare consecutivă într'un aparat gypsat.

GR. JACOBSON

LEONARD WILLIAMS.—**Traitement thyroïdien de l'incontinance d'urine.** *Arch. de med. des Enf.* Mai 1910. Scurtă revistă generală după o lucrare a lui Leonard Williams.

Acest autor a obţinut rezultate remarcabile în incontinenţa nocturna de urine prin tratamentul thyroïdian. (A se citi observaţiunile în text).

Alţi autori şi în particular Comby n'au obţinut nimic cu acest tratament.

GR. JACOBSON

COMBY. — **Appendicite chronique chez les enfants.** *Arch. de med. des Enf.* Iunie 1910. In această lucrare care oferă un incontestabil interes, Comby arată diferitele tipuri clinice sub cari se pot arăta procesele ronice cari ating apendicele.

Apendicita acută este mai totdeauna precedată de o *apendicită cronică* mai mult sau mai puţin *latentă* şi *insidioasă.*

Etiologia boalei este destul de vagă: s'a invocat fără destule probe suficiente, o predispoziţie hereditară (limfatism sau arthritism). In antecedenteie bolnavilor se observă dureri de gât, rhinofaringite, adenoïdite amigdalite precum şi turburări intestinale (gastroenterile şi enterocolită mucomembranoasă).

Toate boalele infecţioase, provocând reacţiuni limfatice, pot lăsa vre-o urmă asupra apendicelui favorizând astfel inflamaţiunea cronică a organului.

Asemenea, excesele alimentare, regimul prea bogat în cărnuri, alimentele iritante obosind căile digestare şi provocând o inflamaţie intestinală sunt în modul acesta o cauză predisposantă a apendicitei.

Apendicita cronică e rară în prima copilărie. Ea începe a deveni mai comună după vârstă de 4 sau 5 ani şi e mai cu seamă frecuentă între 10 şi 20 ani.

Symptomatologia este foarte variabilă: facies palid, coloraţie gălbue a feţei, stare de slăbiciune obicinuită. Există o *formă anorexică* (digestiuni penibile, dyspepsie, stare saburală, gastricism frecuent cu sau fără febră, febră de digestie, urticare cu repetitie — constipaţia e un symptom aproape constant. — Une ori, icter catarral sau stare subicterică permanentă; ficatul une ori este augmentat.

Syndromul cunoscut sub numele de „vărsătnri paroxystice sau cyclice, cu acetonemie" nu este une ori decât traducerea clinică a unei apendicite cronice. — Crizele dispar adesea ori (nu însă totdeauna) după operaţie. Sunt suspecţi de apendicită cronică, în general, copiii cari varsă uşor, cari au greaţă şi stricări de stomac frecuente.

Din partea systemului circulatoriu se poate observa alternative de paliditate şi de roşeaţă, răcirea frecuentă a extremităţilor, dyspnea de sforţ, palpitaţii, sufluri anemice. Se pot observa şi episoade febrile destul de des.

Une ori copiii sunt opriţi în dezvoltarea lor şi nu cresc. După operaţie încep a creşte repede şi dezvoltarea lor fiiologică se face normal.

Se mai poate observa şi o formă nervoasă a apendicitei cronice: lenevie, descurajare, idei negre, neurasthenie. Uneori nevralgii sau iradiaţii dureroase în membrul inferior drept simulând coxalgia.

Unii copii au dureri de cap, alţii lipothymii sau syncope.

La fetiţe se poate observa regulele dureroase, mai cu seamă la dreapta.

Ca *semne fizice* se poate mai totdeauna găsi o durere într'un punct limitat, de obiceiu punctul lui MacBurney; apărarea peretelui abdominal lipseşte de obiceiu.

Diagnosticul este adeseori delicat mai cu seamă cât timp afecţiunea nu s'a manifestat printr'un acces de apendicită acută. Adesea ori însă se poate face cu siguranţă.

Afecţiunea se poate vindeca, dar bolnavul rămâne tot-deauna expus la primejdia unui acces de apendicită acută, care se poate arăta după 2, 5, 10 ani.

Tratamentul consistă în regimul alimentar, în evitarea oboselei şi a exerciţiilor violente, în combaterea constipaţiunei.

Dar adevăratul tratament este cel chirurgical care singur permite de a evita la sigur apendicita acută.

Credem că d-l **Comby** a adus un mare serviciu arătând sub câte modalităţi variate, une-ori foarte puţin precise, se poate manifesta un proces cronic al apendicelui. Medicul de copii nu va uita nici o dată aceasta, şi se va gândi la o apendicită chiar atunci când fenomenele fizice un-i vor atrage specialmente atenţia din partea abdomenului.

GR. JACOBSON.

BOKAY. — **Un cas rare de rachitisme tardif.** *Arch. de med. des Enf.* Iunie 1910. E vorba de o foarte interesantă observaţie a unui copil care a început a prezenta deformaţiuni ale squeletului, cu caracterul deformaţiunelor rachitice pe la vârsta de 9 ani. După aceia, în curs de 5 ani, deformaţiunile au mers accentuându-se din ce în ce şi au rămas pe urmă staţionare dar colosale. Observaţiunea e cu atât mai interesantă cu cât e însoţită de fotografii luate la diferitele epoci ale vieţei copilului.

Citind această observaţie nu poţi să te impiedici de a obiecta că istoria bolnavului e departe de a semăna cu istoria unui rachitic. In particular debutul prin dureri violente, caracterul progresiv al afecţiunei fără nici o tendinţă la vindecare, sau cel puţin la starea pe loc, cu tot regimul şi tratamentul clasic fosforat, nu intră în obiceiurile rachitismului. **Bokay** prevede obiecţia şi se gândeşts şi la posibilitatea unei osteomalacii pe care o respinge: îngroşarea extremităţilor coastelor care este foarte accentuată precum şi îngroşarea epiphyselor permite de a exclude cu desăvârşire intervenţia osteomalaciei.“

E oare acesta un argument suficient?

GR. JACOBSON

WEILL et POLICARD. — **Etude du liquide céphalorachidien pathologique au moyen des colorations vitale au rougs neutre.** *(Arch, de med. des Enf.*, juin 1910). Printr'o technică foarte simplă autorii colorează fără fixatie lichidul cefalorachidian cu o soluţie de roşu neutru Grübler.

a) Elementele celulare în viaţă rămân incolore;

b) Elementele cu vitalitate scăzută arată granulaţiuni intra-protoplasmatice;

c) Elementele moarte au nucleu colorat;

d) Microbii sunt fagocytaţi în mijlocul celulelor colorate în roşu.

Această metodă ar putea da oare-cari date despre prognosticul meningitelor arătând starea de rezistenţă a elementelor celulare.

R posibil că din studiul sistematic al lichidelor cefalorachidiene cu acest procedeu de coloraţie să reiasă şi fapte utilizabile pentru diagostic.

GR. JACOBSON

BARBIER. — **Anaphylaxie pour le lait de vache chez les nonrrisson.** *(Arch. de med. des Enf.* Iulie 1910). Din acest scurt articol reiese un fapt foarte interesant anume: unii copii cari prezintă turburări de nutriţiune în urma alimentaţiunei cu lapte de vacă, pot fi alimentaţi cu lapte de măgăriţă prezentând o curba de creştere foarte frumoasă.

Usagiul laptelui de măgăriţă era recomandat de mult în tratatele de pediatrie dar nu cred că vre-o dată s'au publicat observaţiuni atât de demonstrative ca cele ale d-lui **Barbier**, observaţiuni în cari creşterea sugaciului a început *imediat* ce s'a schimbat laptele.

In ceia ce priveşte rolul *anafilaxiei* în cazurile de intoleranţă pentru laptele de vacă, părerile autorului sunt foarte contestabile. In unele cazuri când ingestia unei doze minime de lapte de vacă provoacă turburări grave, e posibil ca să fie vorba de anafilaxie. Dar pentru cazurile citate de Barbini, în cari un copil suportă bine o cantitate determinată de lapte şi se îmbolnăveşte când creşterea avea cantitate câtuşi de puţin, nu poate fi vorba de anafilaxie. Cel puţin în anafilaxia experimentală nu se observă nimic aşa.

E mult mai logic de a admite cu Finkelstein (ale cărui lucrări asupra intoxicaţiunei alimentare par a fi ignorate de autor) că e vorbă de copii dispeptici cari nu mai au la disposiţie de cât o capacitate digestivă limitată. a căror organe digestive sunt în stare de a transforma numai o cantitate anume din substanţele conţinute în lapte şi nu mai mult.

Asemenea sunt contestabile ca fenomenele de anafilaxie cazurile citate de Barbier, în cari un copil care a suferit de gastro-enterită nu mai suportă nici cantităţi minime de lapte. Pentru cazurile foarte rare în cari această intoleranţă se prelungeşte luni de zile, se poate admite că e vorba de anafilaxie. Dar pentru cazurile obişnuite, în cari intoleranţa este trecătoare după gastro-enterită, lucrul nu se poate susţine. Aceşti din urmă copii, cari nu suportă laptele pur după o gastro-enterită. suportă perfect laptele amestecat cu făinuri. E foarte probabil că e la mijloc o chestiune de floră intestinală.

Asemenea când autorul aplică cazurilor de intoleranţă din naştere pentru laptele de vacă eticheta de „anafilaxie congenitală“ face un abuz de limbagiu nejustificat.

GR. JACOBSON

NOBÊCOURT. — **Le coeur dans la reumatisme articulaire aigu de l'enfant.** *(Arch. de med. des Enf.* Iulie 1910). Autorul trece mai întâiu în revistă diferitele turburări ale cordului cari se observă în polyartrită reumatismală a copilului şi insistă mai cu seamă asupra *myocarditei reumatismale*, mai puţin cunoscută.

Aceasta se manifestează:

a) *Prin simptome fizice*: deplasarea şocului vârfului, slăbirea şi caracterul difus al impulsiunei precordiale, augmentarea matităţei precordiale, tachycardie, embyocardie, galop, sufluri funcţionate la tricuspidă sau la mitrală.

b) *Prin simptome funcţionale*: dureri precordiale, dispnee, cyanoză, oedem, congestia ficatului şi a bazelor plămânilor, urine rari albuminoase, vărsături...

Există forme *latente* şi forme evidente de myocardită. In formele latente fenomenele funcţionale lipsesc aproape complet.

In formele *evidente*, simptomatologia e completă: ele au fost descrise sub numele de *forme malgne* ale reumatismului. E vorba de *pancardită* cari evoluează cu mare iuţeală; simptomele de dilataţie a cordului se arată repede şi pregresează neîncetat până la moarte. Aceasta poate fi *rapidă* sau *subită*. Vindecarea nu este exclusă dar evoluţia fatală este cea mai frequentă.

La *autopsie* se găsesc lesiuni de miocardită panenchimatoasă. Leziunile găsite nu explică însă tot-d'auna moartea şi Coombs crede că pentru a explica dilatarea cordului trebue să incriminăm şi o turburare funcţională a fibrelor nealterate.

Prognosticul este, se înţelege, foarte grav. Viitorul bolnavilor depinde de starea cordului. Tratamentul este cel clasic.

GR. JACOBSON

WEILL et PEHU. — **Sur la nature inflammatoire de la sténose dite par hypertrophie musculaire du pylore, chez les nourrissons.** (*Arch. de med. des Enf.* Iulie 1910). Din cercetările histologice ale autorilor reiese că într'un mare număr de cazuri stenoza pilorului aşa zisă „prin hipertrofie musculară“ prezintă histologiceşte caracterele *inflamaţiunei*: prezenţa celulelor embrionare în număr anormal, hiperplasia tunicelor gastrice.

Autorii pe baza acestor cercetări cred că e vorbă de o gastrită variabilă ca acuitate şi ca întindere; că simptomele de stenză nu sunt primitive şi secundare hiperplasiei parietale.

Concluzia practică este că fiind vorba de o gastrită, e vorba de o afecţiune care se poate vindeca numai prin mijloacele medicale, într'un oare-care număr de cazuri.

GR. JACOBSON

NICOLETOPOULOS (de Constanza. — **Considerations sur quelques complications d'une epidémie de coqueluche.** (*Arch. de med. des Enf.* Iulie 1910). E vorba de o epidemie de tuse convulsivă cu complicaţiuni gastro-intestinale. Lucrul este destul de banal şi se observă foarte des pe timpul verei, mai cu seamă când e vorba de forme catarchale, copiii înghiţind mucosităţile bronşice.

Fenomenele de enterită au dispărut în mod aproape subit, în urma unei scăderi a temperaturei atmosferice, fapt iar destul de banal. Se pare că această scădere a temperaturei a avut o influenţă favorabilă şi asupra tusei convulsive, epidemia dispărând repede.

Dar ceia ce nu-mi este posibil de a refera este farmecul care se exhalează din acest articol. La Vamvakou, sat în Grecia, este un loc, în apropierea bisericei, unde, în fie-care seară se adună medici locali, disertând asupra lucrurilor medicale. In ziua de 14 Iulie, şedinţa acestei biblice societăţi medicale a fost perturbată prin isbucnirea subită şi inoportună a unui vânt rece şi însoţit de o ploaie, ceea ce a obligat pe membrii societăţei de a-şi pune pardesiurile. A doua zi, întrunindu-se din nou confraţii pentru a continua conferinţele în aer liber, fie-care anunţă amelioraţiunea însemnată a stărei clienţilor săi, atinşi de tuse convulsivă. Unul atribuia amelioraţiunea antipirinei, cel'lalt beladonei, un al treilea bromurilor... singur autorul nostru dă din umere („quant à moi, je n'ai fait que hausser les epaules“). Agentul curativ nu fusese altul de cât vântul N. W.!

„Mais quelle est la nature de cette action? Est-ce de nature dynamique? chimique? Eat-ce par l'oxigène, par l'ozone ou autre substance inconnue? Est-ce par les rayons ultra-violets on aures? Est-ce par des courants electriques? Voilà de vastes horizons aux recherches!“ Şi autorul întrevede timpul în care ştiinţa va putea realiza în mod artificial perturbaţiuni atmosferice în camera bolnavului, pentru fericirea omenirei suferinde.

Recomand cu insistenţă citirea articolului întreg, de oare-ce spaţiul de care dispun, nu-mi permite de a cita toate vederile originale cari constelează lucrarea savantului nostru confrate.

GR. JACOBSON

BICHLER. — **Traitement de la coqueluche par le fluoroforme.** (*Arch. de med, des Enf.* Iulie 1910). Autorul insistă încă odată asupra excelentelor rezultate ce le-a obţinut în tratamentul tusei convulsive cu apă fluoroformată. Prin acest tratament durata boalei este smţitor scurtată şi quintele sunt mai puţin violente. Autorul pretinde că bunele rezultate nu le-a putut obţine de cât cu productul *francez*; cele-l'alte rămân fără efect.

SOCIETĂŢILE DE NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE DIN PARIS

L'émotion et la neurastenie. *Soc. de Neurologie de Paris, Revue Necrologique.* No. 24. Claude enunţa astfel raportul dintre emoţiuni şi neurastenie: Emoţiunile putând creea o depresiune trecătoare la indivizi normali vor naşte de asemenea la unii indivizi diferitele manifestaţiuni ale stărilor neurastenice. Dar fie că e vorba de forme fugace şi intermitente de neurastenie sau de forme cronice şi grave nu se pare că emoţiunile ori cât de intense şi de repetate ar fi ele, ar fi capabile să determine prin singura lor acţiune această afecţiune cu cortegiul de simptome ce i se atribue. Un fond de debilitate constituţională, de degenerescenţă fizică şi psihică, ereditară pare a fi totdeauna la baza acestor stări neurastenice în formele cronice. In formele trecătoare s'ar putea incrimina — poate — o simplă turburare prealabilă a emotivităţei, câştigată şi trecătoare, la unii indivizi.

In discuţie se exprimă următoarele opiniuni:

Déjerine consideră emoţiunile — şi mai cu seamă pe cele luate şi prelungite — ca *singura* cauză a dezvoltărei neurasteniei. Nu munca chiar exagerată ci *munca însoţită de nelinişte* produce neurastenia. Boala se dezvoltă însă pe un teren predispus.

In acelaş sens vorbeşte Sollier care admite că neurastenia e produsă de emoţie cu condiţiunea să lucreze la un individ cu o turburare constituţională a emotivităţei.

In urmă sugestiunea medicală sau autosugestia poate să amplifice efectele. Dacă se mai consideră rolul important al persuasiunei ca mijloc terapeutic se poate ridica chestiunea dacă nu e neurastenia — iar nu isteria — o boala ce se poate produce prin sugestiune şi vindecà prin persuasiune.

Arnaud admite că neurastenicii sunt nişte emotivi înainte de a prezenta simptome de neurastenie dar e de ştiut dacă această emotivitate e ea însăşi urmarea unei emoţiuni bruşte şi intense.

Vogt şi Ballet cer să se precizeze semnificaţia cuvântului neurastenic.

Claude constată că autorii concep neurastenia în moduri foarte diverse. Pentru unii e o boală pur psihică pentru alţi, o viciare a funcţiunei energiei rezultând din stări organice defectuoase.

Crede că s'ar putea considera stările neurastenice ca expresiunea unei epuizări nervoase (motonie, sensitivă, sensorială şi mai cu seamă phisică care ar formiza graţie unei stări de degenerescenţă mentală anterioară şi scăderei tensiunei psihologice apariţia unor fenomene psihopatologice de altă ordine ca febrile, scrupulele obsesiunile.

Dupré admite de asemenea că ceea ce aparţine în propriu neurasteniei e un sindrom caracterizat prin oboseala şi sleirea nervoasă.

Babinski împărtăşeşte acelaş mod de a vedea.

Vogt admite că aceasta e exact dar că în cazurile de oare care durată simptomele pot să nu mai fie efectul sleirei ci al obicinuinţei şi sugestiunei. In prima fază repaozul e eficace pe când psihoterapia nu. In ultima din contra psihoterapia dă bune rezultate chiar când fenomenele datau de foarte mult timp.

Claude admite că o emoţiune intensă şi prelungită nu crează sindromul epuizărei nervoase de cât la indivizi cu o predispoziţie ereditara sau câştigată.

Ballet e de părere că cliniceşte e adese-ori imposibil de pus în evidenţă această predispoziţie.

Déjérine ca şi Sollier şi Vogt e de părere că sugestiunea adesea medicală, are o largă parte în producerea simptomelor neurastenice şi persuasiunea în vindecarea lor.

Ceea ce face diferenţa neurastenicului de isteric e că primul priveşte în mod tragic simptomele pe când pentru ultimul sunt indiferente. E o deosebire fundamentală a stărei lor mentale.

Bahinski e de părere că simptomele de cari vorbeşte Déjérine sunt fenomene isterice asociate celor neurastenice şi desfide pe ori ce psiho terapeut să dispară în câteva minute sau chiar zile fenomenele epuizărei nervoase proprii neurasteniei.

Sollier admite că la isterici emoţiunea intribează fenomenele nervoase pe când la neurastenici produce epuizarea lor. Aceasta ţine de diferenţa emotivităţei constituţionale în ambele cazuri. De aceea în isterie o excitaţie mai mult sau mai puţin puternică poate deslănţui activitatea nervoasă pe cătă vreme fenomenele de epuizare nu dispar de cât mult mai încet.

Admite de asemenea că ceea ce unii consideră ca fenomene secundare ale neurasteniei (preocupaţia obiectată de o funcţiune etc.) sunt tot aşa de primitive ca şi epuizarea nervoasă.

Claude admite cu Babinski că s'a exagerat rolul psihoterapiei în neurastenie.

Croep e de părere că emoţiunile când sunt intense şi des repetate pot crea o stare neurastenică la indivizi nepredispuşi. De asemenea o emoţiune unică când e destul de intensă.

C. PARHON.

L'emotion et les necrozes traumatiques. *(Soc. de Necrol. de Paris in Revue Nevralogique,* No. 24, 1909). Claude enunţa astfel raportul dintre emoţiuni şi necroza traumatică.

Emoţiunile pot da naştere la stări patologice sau clasate, cari consistă într'o exaltaţie permanentă a emotivităţei şi se manifestă prin reacţii de acelaş ordin cu cele ce traduc emoţiunea de care individul e conştient. E vorba oare cum în aceste cazuri de o emoţiune prelungită şi raţionată. Aceste stări a căror simptome mai frequente consistă în turburări sensitive şi sensoviale, tremurături, astenie, anxietate, depresiuni, halucinaţiuni etc. Survin mai cu seamă în urma marilor traumatisme. Sunt stări esenţialmente emotive ce au fost grupate subnumirea de necroză traumatică.

Babinski aminteşte fenomenele observate de Neri în cataclizmele din Italia. Aceste fenomene constau în tremurături, tachicardie, senzaţie de căldură la cap, dermografizm, răcirea extremităţilor, transpiraţii abondente, cefalee, anxietate, dureri vagi în membre, insomnie. Aceste fenomene ar merita mai bine numele de nevroză emotivă. Alături de aceste fenomene se pot observa altele cari trebuesc bine distinse de precedentele şi cari sunt datorite sugestiunei.

Dupré aminteşte că pe lângă fenomenele citate de autorii precedenţi există alte fenomene în raport cu ideea revendicaţiunei descrise de Brissand sub numele de sinistroză.

Meige împărtăşeşte în general ideile lui Babinski.

Déjerine crede că simptomele nevrozei traumatice sunt determinate de emoţie dar aceasta trebue să lucreze pe un teren predispus. Citează cazul unui medic care a fost atins de această nevroză. Analiza cazului îl conduce să admită natura sub conştientă a fenomenelor acestei nevroze. Medicul în chestiune avea şi o hemiconstepie pe care Déjerine o considera ca urmarea directă a emoţiunei iar nu ca efectul unei sugestiuni.

Sollier citează un caz ce tinde să probeze rolul important ce emoţiunile cari însoţesc unele traumatisme îl au în geneza fenomenelor neurastenice.

Claude ca şi Déjerine crede că emoţiile trebuesc să lucreze un teren predispus. Ballet face rezerve faţă de acest mod de a vedea iar Crocq crede că predispoziţia nu e totdeauna necesară.

C. PARHON

L'Émotion et la Cornée Soc. de Neurologie de Paris *in Revue Neurologique* No. 24, 1909. Claude anunţa astfel raportul dintre coree şi emoţiuni: Emoţiunea ca şi sugestiunea şi imitaţiunea provoacă unele *accidente coreiforme*, unele mioclonii. Dar ea nu determină coreea lui Eidenhamm dar îi exagerează evident simptomele. Songues a studiat din acest punct de vedere 138 de coree ajungând la aceleaşi concluzii ca şi Claude.

Oddo a studiat de asemenea 150 cazuri de coree din acelaş punct de vedere. El conchide că emoţiunile sunt o cauză frequentă, de apărare, recădere sau de recidivă în coreea lui Sidenham. Emoţiile mari pot avea o influenţă determinantă asupra apariţiei coreei lui Sidenham. Aceste fapte sunt rare. De regulă aceste emoţii sunt urmate de o perioadă de meditaţiune ce preceda cu 2—15 zile apariţiunea boalei. In cazurile în cari emoţiile determină sau agravează coreea e vorba de bolnavi cu predispoziţie hereditară sau personală-heropatică.

Crocq afirma că coreea lui Sidenham poate fi creată de a întregul prin emoţiunile morale violente. Citează un caz în sprijinul acestei opinii.

LE'motion et les tics. Soc. de Nevrologie de Paris. *In Revne Neurologique*, No. 24, 1909. Claude admite că emoţiunea exagerează ticurile dar nu le creează şi că ea poate pune pe individ în condiţiuni de oportunitate pentru geneza ticurilor, cari rezultă în realitate din perturbaţiuni mentale pe un teren degenerativ. Crocq admite de asemenea că emoţiunile noi pot să creeze ele singure ticurile.

Meige crede de asemenea că emoţia singură nu poate creea ticurile dar că poate să le exagereze, fără ca aceasta să fie o regulă absolută. Trebue de asemenea să se primească cu rezerve rolul etiologic al unei emoţii în ecloziunea unui tic.

Janet admite că emoţiunea exagerează ticurile existente şi poate face să reapară pe cele dispărute. De asemenea poate să le sistematizeze să le imprime o anumită formă. O faţă cu ticuri variate rămase în trecut de a întoarce brusc capul şi ochii la stânga de când a fost impresionată văzând în stânga sa pe tatăl său în stare de beţie.

In fine emoţia poate determina starea psihastenică favorabilă agitaţiunilor prin derivaţiune, îndoelilor, repetiţiunilor cari dau naştere ticurilor.

Meige adaugă că emoţiile pot exagera ticurile dar une ori le pot şi inhiba.

C. PARHON

SICARD et FOIX.— **Meningite cérébro-spinale avec sequelles poliomyetiques pures.** *(Revue Neurologique* No. 12, 1910. Observaţiunea unui brutar în vârstă de 40 ani, care e atins de o poliomielită în cursul unei meningite cerebro-spinale.

In prima perioadă, bolnavul a prezentat cefalee, vărsături şi febră. In a II-a (în a 8-a zi a boalei) se dezvoltă leziunea poliomielitică în segmentele lombo-sacrate de unde paralizia membrelor inferioare.

In a III-a perioadă (a 15-a zi a boalei) se asocie un oare-care grad de radiculită posterioară precum a aprobat-o fenomenele dureroase din membrele inferioare. N'au existat însă turburări de sensibilitate obiectivă.

In fine, în a 4-a perioadă, fenomenele dureroase au dispărut ne rămânând de cât atrofia membrelor inferioare, atrofie mai accentuată de o parte, cu reacţie de degenerescenţă.

Diagnosticul de meningită cerebro-spinală a fost stabilit prin examenul lichidului cefalorachidian în care s'au găsit în afară de leucocite (polinucleare şi limfocite) meningococi. Lichidul dădea reacţia de fixare şi aglutinaţiunea meningococică.

Cazul are multă importanţă, căci demonstră în mod sigur posibilitatea originei meningococice a unor cazuri de poliomielită acută. C. PARHON.

Existe-il une constitution psychopathique émotive? Celle-ci se révéle-t-elle par certains signes objectifs? *(Soc. de Neurol. de Paris,* 13 Janvier 1910. *In Revue Neurologique,* No. 24, 1909. In discuţia ce a urmat în şedinţele reunite ale societăţilor de neurologie şi psihiatrie din Paris, asupra acestei chestiuni s'au emis opiniile următoare:

Dupré răspunde în mod afirmativ. E vorba de o constituţie psihopatică specială ereditară, care se poate exagera în urmă. Din punct de vedere obiectiv găsim: *a)* Exagerarea reflexelor tendinoase, pupilare şi cutanate, dar mai mult în instantaneitatea şi amplitudinea lor, de cât în viteză; *b)* Iperestezia sensorială difuză şi variabilă; *c)* Desechilibrul reacţiunilor motrice şi secretorii (alternative de roşeaţă şi paloare, sudori, crize lacrimale, diareice, etc.); *d)* Tendinţa la spasme mai ales a muşchilor netezi (stomac, esofag, vezica); *e)* Tremurături în toate gradele şi modalităţile (clănţănitul dinţilor; *f)* In fine, intensitatea şi difuziunea anormală a efectelor fizice şi psihice a emoţiunilor.

Constituţiunea emotivă pare a fi caracterizată deci nu numai prin eretismul difuz al sensibilităţei, ci şi prin insuficienţa inhibiţiunei motrice reflexă şi voluntară. Ea se asociază adese-ori la o inteligenţă normală sau chiar superioară şi nu turbură luciditatea inteligentă de cât în manifestaţiile ei violente şi în paroxismele acute.

Déjerine observă că unii exteriorizează mult emoţiunile, dar în scurt timp totul intră în ordine, alţii—cei concentraţi—exteriorizează puţin, dar urmările emoţiunei pot să fie mai serioase.

Janet care e convins de faptul că caracterul descris de Dupré predispune la boalele nervoase şi mintale. Ceea-ce e mai cu seamă esenţial în emotivitatea susceptibilă de a deveni patologică e abulia. De aci sforţările neputincioase, derivaţiunile de tot soiul şi turburările numite emotive.

Babinski nu crede că există o relaţiune prea strânsă între emotivitate şi iperreflectibilitate.

Dupré crede totuşi că e o adevărată lege clinică de şi se pot găsi şi excepţiuni.

Déjerine dă mai multă importanţă turburărilor vazomotorii, de cât exagerărei reflexelor în temperamentul zis emotiv.

Alquier a văzut crizele de depresiune emotive coincidând cu scăderea tensiunei arteriale faţă de ceia-ce e în stare obicinuită la acelaş individ.

Regis admite că aceasta constituţie emotivă e terenul de elecţie pe care se dezvoltă nevrozele şi psihozele emotive.

O bună probă a caracterului constituţional al acestei ipersensibilităţi emotive, e precocitatea apariţiei ei. Această stare se dezvoltă pe măsură ce individul ce o prezintă se dezvoltă, se exagerează la pubertate şi la femee în raport cu diversele trepte ale vieţei genitale, se atenuează, în fine, la bătrâneţe.

La femee e mult mai frequentă, dar oare-cum mai fiziologică. Temperamentul artritico-nervos e cel ce predomină la aceşti bolnavi sau în familia lor. Există la ei o predispoziţie la arterioscleroză. Există în paroxismele emotive o iterie de prestigiu mental, o perdere parţială a noţiunei persoanei şi mediului. Autorul pune în evidenţă, în fine, faptul că contrariu celor ce s'au pretins, cei cu constituţia emotivă nu sunt de regulă bolnavi degeneraţi. Forma degenerativă se manifestă mai mult în sensul deficitului de cât al excesului emotivităţei. Nevropaţii şi deliranţii cei mai emotivi, sunt cei mai puţin degeneraţi, dacă nu cei mai inteligenţi. C. PARHON.

Du rôle de l'émotivité et du rôle des emotions dans les obsessions, les phobies, les impulsions et les perversions sexuelles. *(Soc. de Neurologie de Paris,* 16 Janvier 1910. In *Revue Necrologique* No. 24, 1910. — **Dupré** e de părere că toate aceste simptome au la bază un fond de emotivitate constituţională. Emoţiunile joacă nu numai un rol provocator, ci şi un rol în orientarea şi specializarea turburărilor psihice. La aceste turburări—mai cu seamă când obsesiunea se complică cu impulsiuni—se adaogă totdeauna o turburare de deficit a voinţei. In obsesiunile cu conţinut ideativ, emotivitatea se complică de turburări intelectuale. In perversiunile genitale găsim deviaţiuni variate ale instinctului sexual asociate cu emotivitatea.

Amand face rezerve asupra rolului emotivităţei în obsesiuni.

Janet observă că micile crize ale psihostenicilor pot să fie în raport cu mici emoţiuni, dar cauza lor principală e în acte voluntare sau în sforţări neputincioase de a le îndeplini. Perioadele de depresiune mai mari sunt aproape totdeauna determinate de emoţiune şi nu trebue să conchidem prea repede la natura constituţională a boalei evenimentele exterioare, jucând un rol considerabil.

Dupré admite natura constituţională a psihozelor periodice, căci în cele mai multe cazuri nu se găseşte o cauză aparentă pentru explicarea lor.

Bollet crede că în ce priveşte raportul psihozelor periodice cu obsesiunile se pot distinge obsedaţii cari sunt falşi periodici şi periodici adevăraţi cu obsesiuni,

C. PARHON.

Du rôle de l'émotivité et du rôle de l'émotion dans les syndromes mélancoliques et maniaques. *(Soc. de Neurologie et Psichiatrie de Paris,* 16 Janvier 1910. In *Revue Neurologique* No. 24, 1909).—**Dupré** admite că aceste psihoze se dezvoltă pe constituţiunea emotivă. Constituţia ciclotimică e o varietate a precedentei. Această constituţie e în general spontanee şi mai mult sau mai puţin ciclică în manifestările ei şi atinge toate domeniile activităţei psihice, sensibilitatea, inteligenţa, psihomotilitatea.

Deny crede de asemenea că sindromele maniace şi melancolice, sunt sub dependenţa imediată a constituţiei ciclotimice. Pentru acest autor, caracterul esenţial al psihozei periodice sau maniaco depresive, nu e periodicitatea, ci amestecul de fenomene de excitaţiune şi de depresiune.

Janet împărtăşeşte opiniunea contrarie.

Regis atrage atenţia asupra rolului important pe care auto-intoxicaţiunile îl au alături de acela al emoţiunilor în psihozele afective. C. PARHON.

Du rôle de l'émotivité et du rôle de l'émotion dans les psichoses confusionnelles. *(Soc. de Neurologie et de Psichiatrie de Paris*, 16 Janvier 1910. In *Revue Neurologique* No. 24, 1010). — **Dupré** admite psihoze confuzionale ce apar brusc şi trec repede şi sunt determinate de emoţiuni puternice. **Féré** le-a descris sub numele de beţie emoţională. Alte ori influenţele emotive produc psihoze confuzionale durabile ce se însoţesc de turburări importante ale nutriţiunei.

Ballet sprijină acest mod de a vedea. De asemenea **Claude** care citează psihozele confuzionale observate în cataclismele mari, mai cu seamă în cutremurile de pământ.

Dupré şi **Janet** citează fie-care câte un caz, în care o emoţiune violentă pare a fi fost punctul de plecare a unei psihoze polinecritice.

Claude face rezerve asupra interpretărei acestor cazuri. O intoxicaţie ascunsă nu poate fi exclusă în asemenea cazuri.

Duprer citează un caz ce se poate apropia de acelea a lui **Dupré** şi **Jauet**, dar bolnava prezinta de mai înainte dureri zise reumatismale. Emoţiunea a avut un rol ce nu poate fi negat, dar trebue ţinut cont şi de starea anterioară a bolnavei. C. PARHON.

BERTOLOTTO.— **Contribution à la étude du gigantisme acromégalo-infantile.** *(Nouvelle Sconographie de la Salpitrese*, 1910, No. 1.—Observaţia unui caz de acromegalogigantism cu infatilism. Cazul e interesant prin unele particularităţi. Creşterea a fost accelerată din copilărie. Dar iperactivitatea cartilagelor de conjugaţie s'a oprit complect la 17 ani.

Bolnavul prezenta o ipertrofie a ipofisei. Aceasta ar fi determinat creşterea exagerată. Dar în acelaş timp ipofisa prezintă o calcificare precum arată radiografia. Această calcificare aducând o turburare în funcţiunile ipofisei ar fi determinat oprirea creşterei care promitea să fie mult mai pronunţată.

Autorul mai ne dă rezumatul unei observaţiuni referitoare la un tânăr de 19 ani, atins de acromegalie fără gigantism.

Interesul cazului îl face constatarea radiografică care arată persistenţa tuturor cartilagelor epifisare.

Cazul demonstră prin urmare că osificarea cartilagelor de conjugaţie nu e indispensabilă pentru dezvoltarea acromegaliei şi că aceasta se poate desvolta fără gigantism la un individ cu cartilagele de conjugaţie perfect conservate.

Acelaş lucru îl probează cazul ce face obiectul tezei d-lui **Mătăsaru**, unde e vorba de acromegalie la un copil cu persistenţa cortigalelor de conjugăţie şi fără gigantism. Exagerarea procesului osteogenezei periostice se poate face prin urmare în mod independent de aceia a osificaţiei pe seama cartilagelor de conjugaţie.

C. PARHON.

Annales d'Oculistique

Ianuarie.

MORAX et DUVERGER.— **L'invasion épithéliale de la chambre antérieure dans les plaies pénétrantes de la cornée.** M. şi D. arată că acest accident se întâmplă atât în urma plăgilor accidentale cât şi a celor operatorii ale corneei. Cauzele de şi neprecise par totuşi a fi: plăgile periferice, absenţa paralelismului buzelor plăgei, întârzierea formărei cicatricei prin prinderea irisului.

In evoluţia acestor invazii se pot observa 3 perioade: de iritaţie oculară, de chiste iriane şi de hipertonie oculară.

Ca profilaxie se va avea deci în vedere: buna adaptare a buzelor plăgei şi inlăturarea prinderei irisului şi a capsulei, lucruri de alt-fel greu de realizat în plăgile penetrante accidentale.

Tratamentul complicaţiei propriu zise este chirurgical şi conzistă în rezecţia segmentului anterior al ochiului, ablaţiunea chistelor dând numai rezultate temporare. In asemenea cazuri nu se naşte nici odată oftalmia simpatică, leziunile fiind limitate la polul anterior, şi acesta este chiar motivul pentru care se şi face numai rezecţia polului anterior.

Februarie.

CH. SAUVINEAU. — **Les inconvénients de la ténotomie et les avantages de l'avancement musculaire dans les diverses variétés de strabisme.** Singurele avantagii ale tenotomiei sunt că: este o operaţiune uşoară şi permite o dozare exactă a efectului imediat. In schimb însă are numeroase dezavantagii şi anume: nu se poate şti rezultatul ei tardiv, o asemenea operaţiune putând deseori duce la supra corecţie. Apoi tendonul se uneşte cu capsula formând un calus tendinos care mai târziu se poate slăbi, în cazul când capsula a fost prea mult debridată. Caronculul lacrimal se înfundă, deschizătura palpebrală se măreşte şi apare exoftalmia. Prin tenotomie se alterează armonia mişcărilor asociate ale ochilor şi se distruge convergenţa (actul cel mai necesar la funcţiunea regulată a vederei binoculare). Excursia globului în direcţiunea muşchiului tăiat este limitată, de unde urmează falşa proecţie şi diplopia. Prin tenotomie pe lânga că se limitează excursia globului de partea muschiului operat dar nu se măreşte nici de partea muschiului antagonist. Ceva mai mult, antagonistul poate chiar pierde din acţiunea sa de oare-ce prin protuzia ochiului i se micşorează acestui muschi întinderea. Aceste inconveniente ale tenomiei devin şi mai mari când operaţia se practică pe ambii ochi.

Pericolele acestea sunt mai puţin mari când tenotomia e practicată în strabismul extern, dar şi aci avansamentul e formal indicat.

Avansamentul este de 2 feluri: capsulo-muscular *cu* şi *fără* secţiunea tendonului. Aceste 2 operaţiuni diferă între ele prin efectul lor corector, care e mai mare când se secţionează tendonul şi încă şi mai mare dacă se mai şi rezecă o porţiune din tendon. Avansmentul cu secţiunea tendonului nu dă cicatrice disgraţioase, pe câtă vreme cel fără de secţiune dă. Avansmentul măreşte forţa muschiului avansat căci globul câştigă o oare-care întindere de înrulare a muschiului avansat.

A. TROUSSEAU. — **Conjonctivite chronique après l'ablation de la glande lacrimale.** T. spune că a văzut mai multe cazuri în cari oblaţia glandei lăcrimale a fost urmate de o conjunctivită cronică cu secreţie foarte abondentă şi fără microbi. Se întreabă dacă nu cum-va s'ar putea stabili o legătură între aceste fenomene.

Aprilie.

G. STANCULEANO. — **Contributions à l'étude éxpérimental de la tuberculose cornéenne.** S. studiază experimental tuberculoza corneană la iepuri şi câini, servindu-se pentru inoculare de materia tuberculoasă şi nu de culturi, ast-fel fiind mai uşor de întâlnit un bacil cu o virulenţă slabă, care să permită reproducerea aspectelor observate în clinica umană şi ajunge la următoarele concluzii.

1. Injectând la iepure materie tuberculoasă de origină umană sau bacili tuberculoşi umani, atenuaţi, între lamele corneene, a obţinut după un timp de incubaţie: o infiltraţie ce se întindea în suprafaţă ulcerându-se şi distrugând toată cornea, fără a avea tendinţă să pătrundă în interiorul ochiului.

2. Prin injecţia intra-corneană de bacili tuberculoşi bovini la iepure şi câine, a obţinut infiltraţii prezentându-se ca puncte sau mici linii, cari în general s'au vindecat după o lună fără a lăsa vre-o urmă.

3. Keratitele experimentale pe cari le-a obţinut prin inoculările intra-corneene de bacili paratuberculoşi Timotheu semănând cu keratitele experimentale tuberculoase nediferind de cât prin evoluţia lor mai benignă şi cu tendinţă la rezorbţie.

TCHIRKOWSKY. — **La flore normale de la conjonctive des lapins et l'influence des microbes habituels de la conjonctive sur l'oeil.** Cum flora microbiană a conjunctivei iepurilor este puţin studiată, autorul a făcut cercetări în acest sens şi a găsit că:

1. Flora microbiană a sacului conjunctival normal la iepure prezintă o mare varietate de forme în care predomină cocii şi diferă de cea a omului prin raritatea bacililor serozisului.

2. Pe lângă aerobi se întâlnesc pe conjunctiva sănătoasă a iepurilor şi anaerobi, printre cari sunt şi microbi patogeni pentru ochi (b. refringeus).

3. Puterea patogenă a microbilor acestora este de cele mai deseori puţin considerabilă şi numai în condiţiuni particular favorabile şi mai ales prin introducerea de mari cantităţi de microbi în corpul vitros, germenii se dezvoltă rapid aducând urmări supărătoare.

Maiu.

V. MORAX. — **La Sporotrichose de l'appareil visuel.** M. descrie o formă conjunctivală primitivă care are următoarea simptomatologie: o îngroşare şi o înroşire a conjunctivei presărată cu proeminenţe foliculare albe gălbui ce se pot exulcera, fiind însoţite de o secreţie moderată, uşoară jenă, edem al pleapelor cu induraţia lor profundă şi adenopatie preauriculară, care nu lipseşte nici odată

A 2-a formă de sporotrichoză este cea palpebrală primitivă care se prezintă ca: ulceraţiuni aproape de margina liberă a pleoapelor, la nivelul cililor, ca gome palpebrale cu cordoane limfatice, adenopatie preauriculară şi maxilară.

In toate aceste forme autorul indică ca tratament: iodurul de potasiu în doză zilnică de 2—3 gr. la interior.

August.

C. CABANNÈS. — **La trépanation dans les tumeurs cerebrales avec stase papilaire ou névrite optique.** Nevrita optică e foarte frecuentă în neoplasmele tuberculilor quadrigemeni, ale cerebelului, lobilor parieto-occipitali şi mai rară în tumorile regiunilor motrice şi nici odată în tumorile pedunculilor cerebrali.

Pupila de stază e frequentă în glioane şi tumorile chistice, şi apare mai rar în tuberculul cerebral.

In tumorile cerebrale de alt-fel se pot observa ambele aceste stări, şi de obicei staza papilară precede nevrita.

Un simptom foarte frecuent şi pe care autorul îl consideră drept patognomonic în nevritele optice sunt: crizele de cecitate periodică cari ţin 2″—5″—2′ şi revin de 6—8 ori pe zi. Ele sunt rezultatul unei ischemii subite a vaselor papilare, cauzată printr'un spasm vascular sau prin mărirea momentană a edemului nervului, care comprimă exagerat vasele şi fibrele nervoase. Acest simptom s'ar observa numai la începutul afecţiunei şi este deci un semn al periodei de stază, dispărând îndată ce începe atrofia papilară.

In contra acestor accidente s'au recomandat mai multe indicaţiuni şi anume:

1. Tratamentul mercurial energic în cazul când metodele chirurgicale nu reuşesc.
2. Incizia tecei nervului optic (de Wecker) dar fără nici un rezultat.
3. Puncţia lombară, care are un rol paliativ, iar une-ori devine periculoasă.
4. Trepanaţia curativă sau paliativă, care deseori dă efecte bune şi rapide.

Octombrie.

URIBE y TRONCOSO.—**La filtration dans l'oeil vivant, et la vrai nature du canal de Schlemm.** T. stabileşte prin experienţe că în stare normală există un curent continuu de filtrare al umoarei apoase din camera anterioară a ochiului şi că în stare normală canalul lui Schlemm nu contine, cum spune Leber, sânge, ci umoare apoasă aproape pură.

ORESTE. — **Les inféctions cornéennes en general et les ulceres à diplobacile Petit en particulier.** Din punct de vedere simptomatic ulcerele cu diplobacilul Petit se disting prin localizarea lor în centrul corneei, tendinţa lor extensivă, forma lor rotundă, marginele lor decolate, uşoara participare a irisului la infecţie, care nu dă nici odată snechii întinse, chemozis.

Aceste ulcere sunt obişnuit monoculare, nu dau simptome subiective intense şi sunt primitive, iar nu secundare unei conjunctivite.

Deosebirea lor de ulcerele secundare constă în faptul că acestea din urmă sunt bilaterale, sunt însoţite de fenomene de conjunctivită, aşezate la periferia corneei şi însoţite rare-ori de irită şi popion, morfologiceşte, diplobacilul lui Petit este mai mic ca al lui Morax-Axenfeld şi e mai rotunjit la extremităţi. Creşte apoi chiar pe mediile ordinare şi la temperatura camerei, lichefiază gelatina, coloniile lui sunt mai proeminente la centru şi mai opace.

Axenfeld a voit să-l identifice cu diplobacilul său, însă propietăţile sale culturale şi aspectele clinice îl diferenţiază. Patogenitatea acestui microb e mică căci inoculat pe conjunctiva normală a omului n'a dat naştere la nici un fenomen morbid şi pe de altă parte a fost găsit şi ca saprofit. Ca tratament autorul indică: atropina, cauterizările cu sulfat de zinc 20°/o, de şi au mai puţină influenţă ca asupra diplobacilului Morax, galvanocauterul în cazurile grave, pomada cu iodoform, oxidul galben, cataterismul căilor lacrimale, bandajul oclusiv.

DR. STĂNCULEANU şi D. MIHAIL.

Clinique Ophtalmologique

Ianuarie.

A. DARIER. — **Le guaïacol et la tuberculose oculaire.** D. arată bunele rezultate pe cari le-a obţinut în diferitele manifestaţiuni tuberculoase oculare şi în special în episclerite cu ajutorul instilaţiunilor din soluţia apoasă de gaiacol sau cu pomada de gaiacol.

ZIMMERMANN. — **La séro-thérapie paraspécifique dans les affections oculaires.** Bazându-se pe faptul că ori-ce ser antitoxic are în afară de acţiunea sa specifică şi propietatea de a-da organismului mijloace generale de apărare contra diverselor infecţiuni, a utilizat serul antidifteric ca mijloc terapeutic în infecţiunile oculare şi în special în ulcerele corneene şi în irite.

A făcut tot-d'auna injecţiunile subcutanate, iar doza iniţială nu a trecut nici odată peste 1500 U. Dacă a 2-ua injecţiune pe care o făcea la interval de 3 zile nu producea nici o ameliorare, nu mai continua aceste injecţiuni căci deveneau inutile. Concluzia, la care ajunge în urma acestei practice terapeutice este că: seroterapia paraspecifică singură nu e suficientă să vindice complect infecţiile oculare, este însă un bun adjuvant în arsenalul terapeuticei oftalmologice.

R. JOCQS. — **Sur la Kératite neurotrophique.** — J. crede că majoritatea Keratitelor ulceroase netraumatice ar fi de natură neurotrofică şi că s'ar produce (ca şi pelada după părerea lui Jaquet) în mod reflex prin iritaţia filetelor nervoase sensitivo-trofice ale trigemenului prin alteraţiunile dentare, nasale şi ale sinurilor feţei.

HÖNIGSHOFER. — **La théraupeuthique spécifique des cataractes séniles au début.** Pe când Römer decară că ar fi oprit evoluţia cataractei senile prin administrarea de extracte organice provenite din cristalinele de animale, K. declară că rezultatele obţinute în lunga sa practică sunt îndoioase, de oare-ce ameliorarea ce a observat-o s'ar produce prea lent.

HARREN. — **Le traitement des infiltrations de chaux de la cornée par les préparations d'amonium.** H. a întrebuinţat în opacităţile corneene băi locale cu o soluţie de tartrat de amoniu 10%, pe cari le-a repetat de 2-3 ori pe zi şi mai mult timp şi ar fi avut tot-d'auna succese. Declară însă că la început aceste băi sunt dureroase şi în acest scop recomandă prealabil instilaţiile de cocaină.

TRIBONDEAU et LAFARGUE. — **L'usage des rayons X dans la région oculaire.** Razele X pot da cataracta röntgeniană numai în extrema tinereţă iar cecitatea röntegeniană nu există. Acuitatea vizuală poate scădea, dar în cazul acesta ea este datorită tulburărilor corneene.

Februarie.

A. TROUSSEAU. — **L'urémie des vieillards après l'opération de la cataracte.** T. crede că fenomenele uremice pe cari le au unii bătrâni în urma operaţiunilor de cataractă s'ar observa tocmai la aceia cari nu au leziuni anatomice pronunţate ale rinichilor şi mai ales la indivizii cu sistemul nervos foarte slăbit, extrem de impresionabil.

La aceştia, noua situaţie în care îi pune operaţia de cataractă, face să se nască în mod simpatic un spasm a sistemului vascular, a unor rinichi insuficienţi care are de consecinţă accidentele uremice.

L. DOR. — **Les ventouses escarifiées en ophtalmologie.** — D. a observat că punând aceiaşi ventuză succesiv la ambele tâmple ale unui bolnav, tâmpla corespunzătoare ochiului bolnav dădea mai puţin sânge.

Făcând 4-5 aplicaţii asupra aceleiaşi tâmple în zilele următoare, observa că sângele ce ieşea ajungea la o cantitate egală cu cel eşit din tâmpla de partea sănătoasă şi din acelaş moment începea şi ameliorarea oculară (corio-retinite, emoragii intra-oculare, decolement retinian.

Dacă însă de la prima aplicaţie a ventuzei obţinea o cantitate egală de sânge din ambele tâmple nu mai continua aplicarea căci nu mai dădea ameliorări. Din aceste fapte ar reeşi o cuogulabilitate mai mare a sângelui de partea bolnavă pe care autorul o pune pe seama unei eudarterite coroidiene, care s'ar continua cu endarterita vaselor temporale. Ce se întâmplă în ameliorările obţinute prin acest tratament? Prima aplicare de ventuză aduce în derm şi epiderm sânge care coagulându-se joacă rol de corp străin specific şi dă naştere în organism la anticorpi decuagulanţi. Când aplicările se înmulţesc, anticorpii vin în cantitate mai mare, iar sângele curge mai uşor. De aci reesă că indicaţiunile ventuzelcr vor fi: flebitele şi endarteritele obliterante ale vaselor chorio-retiniene, încetinirea circulaţiei corodiene cu stază venoasă şi mici emoragii capilare, chorio-retinita miopică. Când însă emoragiile sunt abundente iar sângele pare puţin cuagulabil (placarde emoragice în coroidă, hemoragiile retinitei albuminurice, hemoragiile recidivante ale corpului vitros) acest tratament este discutabil căci poate da complicaţiuni.

SCHEUERMANN. — **Contributions à la séro-therapie paraspécifique avec le sérum antidpthérique de Behring.** Seroterapia s'a arătat eficace în iritele purulente şi în ulcerele serpiginoase ale corneei, a rămas însă fără nici un resultat în infecţiunile mai profunde ale ochiului (irido-ciclite, abscesele corpului vitros), de oare ce aci curentul limfatic e foarte slab, iar substanţele bactericide nu pot pătrunde de cât foarte greu. Aşa fiind, toţi agenţii cari favorizează circulaţia sanguină şi limfatică (hiperemia prin stază, căldura, pansamentele cu alcool, cataplasmele) vor seconda acţiunea sero-terapiei.

R. WIRTZ. — **Les ions dans la thérapeuthique.** W. arată că astăzi sub influenţa ideilor noi tratamentul afecţiunilor oculare prin curenţi continui s'a modificat mult. De unde până mai ieri se credea că printr'un ast-fel de procedeu se face electro-terapie prin curenţi ascendenţi şi descendenţi, astăzi se ştie că în realitate se aplică ionoterapia, care sub înţelege pătrunderea medicamentelor în grosimea ţesuturilor. S'a constatat că ţesuturile cele mai nevasculare ca corneea. Sunt cele mai bine pătrunse, din care cauză s'au şi construit aparate speciale pentru cornee. Cu un amperaj de 2 miliamperi şi prin o întrebuinţare de 2 minute nu se produce nici o alteraţiune a corneei, san numai simple opacităţi punctiforme cari durează câteva ore. Ionii metalelor grele (Kg. Cu, Zn) sunt mai iritanţi. Cel mai iritant dintre ei este Zn, apoi Hg şi în fine Cu.

Prin acest fel de tratament s'au obţinut rezultate neaşteptate în ulcerele corneene, şi în Keratitele heredo-sifilitice, pe când cele tuberculoase sunt mai rebele.

Martie.

DARIER. — **La sérothérapie paraspécifique par la voie bucale.** D. administrează serul lui Roux pe cale bucală după următoarea formulă:

Serul lui Roux . . . . 10 cmc.
Apă sărată 0.7$^0/_0$ . . . . . . 100 cmc.
la oră o lingură de supă.

Prin acest mijloc nu a avut nici odată accidente serice dar acţiunea serului s'a manifestat după 7-8 ore, pe când în injecţiile intra-venoase după o oră, iar în cele subcutane după 3-5 ore.

L. DOR. — **Décolement rétinien guéri par la tuberculine.** Adept al părerilor lui Poncet în chestiunea tuberculozei inflamatorii, D. e convins că în cazul fetei mioape cu decolement retinian pe care a îngrijit-o, era vorba de un ferment tuberculos, care ar fi dat retracţia corpului vitros şi consecutiv decolementul retinian, şi convingerea şi-o crede cu atât mai îndreptăţită cu cât a reuşit să vindece decolementul prin injecţiunile de tuberculină, pe care a întrebuinţat-o mai puţin bogată în toxine ca germanii.

GROSSMANN. — **La fibrolisine dans la thérapeutique oculaire.** G. a întrebuinţat cu succese variabile soluţiile de fibrolizină 15$^0/_0$ în retracţiile cicatriciale ale pleoapelor, nevrita retrobulbară, leucoame, sinechiile posterioare ale iritelor corneei, strâmtorările părţilor moi ale canalului lacrimal. Dă însă une ori fenomene locale, (senzaţia de arsură, nodul) sau fenomene generale (cefalalgii epistaxis, dispnee, grăbirea perioadelor menstruale). O contra-indică la artério-scleroşi şi la femei în perioada menstruală.

Prima injecţie nu o face cu o capsulă întreagă (3 cmc) ci cu 1 cmc.

Aprilie.

L. DOC. — **Les tuberculines TR. BE. TBK; leur forte action curatives sur les tuberculoses, les tuberculides et les tubércules oculaires.** D. spune că discreditarea terapeutică a tuberculinei 'e datorită neştiinţei în întrebuinţarea ei, de oare ce fiind întrebuinţată în doze prea mari a dat accidente locale şi generale. V. Hippel însă care la 1904 a lucrat lucrat cu tuberculina TR. are meritul de a fi regulat principiile tratamentului cu tuberculină şi a stabilit că în acest tratament, trebue să se facă o progresiune lentă în aşa tel că orice reacţie locală sau generală să lipsească. In acest scop se începe cu injecţiuni de tuberculină $^{1}/_{500}$ mlgr. şi se ia regulat temperatura de 2 ori pe zi. In cazul când se observă o ascensiune termică de 38° se diminuă doza, iar dacă nu se ridică progresiv la $^{10}/_{500}$, $^{1}/_{50}$, $^{10}/_{50}$ şi în fine până la 1 mlgr. Tratamentul ţine 5-6 luni pentru a aduce o vindecare definitivă. Urmărindu-se indicele opsonic s'a văzut că scădea sensibil în cazurile de reacţie forte. De la 1908 V. Hippel a început se întrebuinţeze tuberculina BE. (bacilare emulsion) de oare ce pare mai activă, vindicând rapid chiar şi tuberculoza conjunctivală, care nu se poate vindeca prin tuberculina T. R. şi în acelaş timp înlătură recidivele. Autorul în fine a utilizat tuberculina T. B. K. (tuberculina Béraneck) cu succes în următoarele cazuri: 3 Keratite interstiţiale, 2 decolemente retiniene, 2 irite, 1 episclerita şi toate cu tuberculinii (tuberculoza inflamatorie Poricet). Conchide apoi că trebuesc făcute încă numeroase cercetări spre a se vedea dacă nu cumva fie că formă de tuberculoză nu reclamă o anumită tuberculină. Deja până acum prin cercetările lui V. Hippel e stabilit că în tuberculoza iriană de rezultate mai bune tuberculina B. E, iar autorul a stabilit acelaş lucru şi pentru tuberculina T. B. K. s'ar părea deci că tuberculoza irienă se vindecă de preferinţă prin toxinele tuberculoase insolubile în apă glicerinată.

C. ADAM. — **Le traitement de l'ophtalmie blénoragique de l'adulte par le blénolénicet.** A. spune că utilizând în oftalmii blenorogice din 2 în 2 ore şi chiar noaptea numai pomada de lenicet B care fi vindecat. Pomada aceasta formată din acetat de aluminiu polimerizat şi envaselină (vaselină+cerezină) ar diminua secreţia; prin aciditatea sa ar împiedecă desvoltarea microbilor, iar prin envasilina ar fi un agent de protecţie al corneei.

M. DANIS. — **Les colyres houilleuses et anéstésiques.** Alypina, cocaina, erozina, atropina după spusele autorului trebuesc întrebuinţate sub forma de coliruri uleioase căci: se conservă mai mult timp, atât chimiceşte, cât şi bacteriologiceşte şi în fine au acţiune mai rapidă şi mai durabilă.

M. MENACHS. — **Les radiations ultra-violettes dans la thérapeutique oculaire.** M. a întrebuinţat radiaţiunile ultra-violete în diverse afecţiuni oculare dar nu ar fi obţinut bune rezultate de cât în hemoragiile corpului vitros.

In aceste cazuri nu trebue a ne teme de fototraumatismul retinian de oare ce hemoglobina sângelui revărsat absoarbe multe din radiaţiunile ultra-violete.

R. PASSEK. — **Le développement de la cataracte sénile.** P. susţine că aceată cataractă ar fi produsă de toxinele elaborate de însăşi organismul individului. Aceste toxine ne mai fiind fixate de corpul ciliar din cauza alteraţiunei aparatului său vascular ar pătrunde în cristalin odată cu lichidele lui nutritive şi ar altera în primul rând capsula.

Mai.

DARIER. — **Le radium dans la thérapeutique oculaire.** In întrebuinţarea radiului în oftalmologie D. utilizează un aparat special care îi permite uşoara aplicare pe conjunctivă şi în fundurile de sac conjunctivale. Prin acest mijloc a putut obţine rezultate frumoase în cazurile de: epiteliom cutanat al pleoapelor, cicatrice vicioase, cheloide, lupus limitat, şancru indurat al pleoapei, naevi, chalazioane, uveite şi în special în conjunctivita granuloasă şi mai puţin în catarul primăvăratic. Radiul are proprietăţi analgeziante şi având şi proprietăţi cumulative, îl întrebuinţează 1-2 ori pe săptămână. Nu trebue pus să lucreze direct asupra ochiului, fiind vătămător corneei şi membranelor profunde ale ochiului.

Iunie.

G. STĂNCULEANU. — **Une petite épidémie de conjonctivite à pneumocoques dans la famille d'un pneumonique.** S. descrie cazul unui pneumonic care care a transmis infecţia sa pneumococică conjunctivei soţiei sale, bonei, şi servitoarei. Cum cazuri ca acestea sunt rare şi cum este încă în discuţie dacă pneumococul conjunctivitei pneumococice este acelaş ca al pneumoniei, S. demonstrează această identitate bacteriologică.

H. COPPEZ. — **Les accidents oculaires produits par l'atoxyl.** Atoxylul atât în întrebuinţarea internă cât şi în cea externă şi chiar în doze minime dă accidente oculare conzistând în diminuarea acuităţei vizuale, micşorarea câmpului vizual şi chiar cecitate complectă; iar din punct de vedere al leziunilor dă atrofia nervului optic. Din aceste motive C. sfătueşte pe oculişti să înlăture din terapeutica oculară acest preparat şi consiliază pe cei lalţi medici să'l întrebuinţeze cu precauţiune şi numai în ultimele instanţe.

Iulie.

L. DOR. — **La sclérectomie avec le perforateur.** D. preferă perforatorul lui Vacher, care se poate mai uşor mania după voinţă. Preferă apoi secţionarea din buza posterioară a inciziei sclerale ast-fel se realizează o fistulă persistentă.

BRUNETIERE. — **L'acoïne; ses incompatibilités; la manière de l'utiliser comme analgésique dans les injections conjonctivales et intra-musculaires.** B. recomandă întrebuinţarea acoinei în injecţiile subconjunctivale şi intrafesiere ori de câte ori e nevoe de suprimarea durerilor. Acţiunea ei este mai puţin intensă ca a cocainei dar e mai durabilă şi mai puţin toxică. Se alterează uşor la lumină şi chiar la întuneric după 2 săptămâni. E puţin stabilă, formând precipitate cu multe soluţii medicamentoase, ceea ce îi micşorează proprietăţile analgezice. La întrebuinţare B. recomandă întâi injecţia de acoină şi apoi aceia de substanţă activă.

A. TERSON. — **Sur la pathogénie et le traitement du Kératoconces.** T. crede că şi Graefe că Keratoconul rezultă din o atrofie centrală a ţesutului lamelos cornean, de natură neutrofică. El nu este congeintal dar survine la tinerii slabi, cu muncă oculară exagerată, surmenţi; devine ast-fel ca şipernia o infirmitate.

Tratamentul general conzistă în tonice, iar cel local în igiena oculară, corecţia optică cu cilindru concav, sticle simple concave, crăpături stenopeice, compresia prin bandaje, tarsorafia, miotice.

August.

A. BOURGEOIS. — **L'opération des cataractes traumatiques, particulièrement dans les accidents du travail.** Fiind că vindecarea spontanee a cataractelor traumatice este foarte lentă B. propune ca ele să fie operate şi anume: la indivizii mai bătrâni de 40 ani consiliază extracţia la o lună de la accident, după procedeul extracţiei clasice a cataractei senile; la cei mai tineri de 40 ani indică extracţia lineară simplă, laterală externă prin care se aspiră cataracta moale. In toate cazurile vindecarea se observă maximum după 3 luni.

CH. ABADIE. — **Les états glaucomateuses. Le diagnostic diférenciel avec le vrai glaucom.** Stările glancomatoase ţin dese ori de o chorio-retinita equatorială sau de o sclero-choroidită anterioară. Diagnosticul lor diferenţial faţă de glaucomul adevărat se face prin examenul amănunţit al regiunei ciliare intus şi extra. In glaucomul adevărat, fenomenele glaucomatoase constituesc întreaga simptomatologie pe când în stările glaucomatoase se mai adaogă şi o leziune a regiunei ciliare. In acesta din urmă, tratamentul general, conzistând în: injecţiuni mercuriale, sărurile de lithină, preparatele de colchid, salicilatul de Sodiu, este de cea mai mare importanţă.

Septembrie.

L. DOR. — **Les radiations ultra-violetes sont elles nocives? Faut-il conseiller les verres jaunes ou bleus?** Din punct de vedere experimental s'a constatat că razele ultra violete produc la iepure o cataractă. Din punctul de vedere clinic autorii însă sunt în divergenţă de opiniuni, unia susţinând că aceste radiaţiuni sunt nocive pentru ochi şi se bazează pe faptul că: lămpile cari s'au găsit a fi cele mai vătămătoare sunt tocmai acela cari dau mai multe raze ultra-violete şi apoi, ochelarii galbeni cari opresc razele chimice şi prin urmare şi pe cele ultra-violete odihnesc vederea multor suferinzi.

Din aceste motive aceşti autori recomandă sticlele eufosglas (achimice) cari opresc radiţiunile chimice. O altă categorie de autori susţin însă că aceste radiaţiuni ultra-violete nu ar avea nici o acţiune vătămătoare şi sunt îndreptăţiţi să creadă aceasta pentru motivul că: lumina zilei de şi are o cantitate de raze ultra-violete mult mai mare ca lumina artificială nu produc totuşi nici un inconvenient şi apoi, dacă sticla galbenă lucrează prin oprirea razelor chimice de ce atunci operaţii de cataractă nu preferă această sticlă, celei albastre pe cari o întrebuinţează de fapt? Cum se vede, până acum această chestiune nu e deplin lămurită în cât rămâne ca fie-care bolnav să-şi aleagă ochelarii ce-i convin (galbeni, albaştri, negri).

Octombrie.

GRANDELÉMENT. — **L'ophtalmocéfalee esentielle, pséudo-hystérique.** G. strânge sub această denumire: cefalea de creştere a adolescenţilor, kopiopia lui Förster precum şi toate turburările vizuale însoţite de dureri cefalice ce nu pot fi atribuite unor leziuni apreciabile ale ochilor. Simptomatologia acestei afecţiuni e proteiformă şi seamănă cu o nevroză isterică. Tratamentul nu conzistă după câte s'ar crede în calmante şi nervine ci mai mult în medicamente capabile să izbească imaginaţia bolnavilor.

Noembrie.

C. ORLOFF. — **Le procédé de Bier dans le traitement du catar printanier.** Pentru tratarea afecţiunilor oculare prin acest procedeu s'a întrebuinţat până acum legarea gâtului prin o bandă de cauciuc, care producea congestia întregului cap. Din acest motiv O. a modificat procedeul, întrebuinţând în special în catarul primăvăratec, staza produsă prin pensele special întrebuinţate în oftalmologie pentru facerea opereţiunilor pe pleoape fără pierdere de sânge şi în modul acesta rezultatele obţinute ar fi fost foarte bune. Tratamentul ţine în termen mediu o lună.

DR. STĂNCULEANU şi D. MIHAIL

Anul VI, No. 9. Septembrie 1910. Volumul II.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

FAPTE CLINICE

Clinica Obstetricală din Bucureşti. — Prof. Dr. D. Drăghiescu

Dr. NICU ZAHARESCU
Fost Intern al Spitalelor Civile. — Medic Secundar al Maternităţei

O anomalie de travaliu în placenta praevia:
expulzia placentei înaintea fetului

Normal — prin acţiunea combinată a muşchiului uterin şi a muşchilor peretelui anterior al abdomenului — după expulzia fătului din organele genitale, începe un al doilea travaliu, care are de scop dezlipirea şi expulzia placentei şi membranelor oului, constituind al 3-lea timp al facerei: naşterea placentei.

Această ordine în mecanizmul facerei, este răsturnată în unele cazuri, placenta precedând expulzia fătului, ceea-ce constitue o anomalie, pe care vechii autori o numiseră: *filius ante patrem*".

In inserţiunile placentei pe segmentul inferior al uterului, deci în placenta praevia, se întâlneşte mai cu seamă această anomalie de travaliu, care s'a observat totuşi şi în inserţiunile normale ale placentei.

In serviciul Clinicei obstetricale din Bucureşti de sub conducerea d-lui profesor dr. Drăghiescu, unde funcţionez ca medic secundar, având ocazia a observa un asemenea caz în cursul anului 1909 şi folosind şi observaţia unui al doilea caz găsit în registrele clinicei din anul 1888,, am făcut un studiu general asupra acestei chestiuni.

Istoric

Expulzia placentei înaintea fătului fusese observată de vechii autori, dar ei nu raportau fenomenul la adevărata lui cauză, care în marea majoritate a cazurilor e inserţia joasă a placentei. Posibilitatea inserţiei joase a placentei fu constatată de Portal la 1685, căci înaintea lui se credea că placenta este inserată tot-deauna pe fundul uterului. Chiar practicieni de seamă ca Mauriceau, Dionis, Guillemeau credeau că cotiledoanele placentare întâlnite la orificiul uterului în timpul travaliului, se datoreau unei dezlipiri şi alunecări a placentei.

Mme Lachapelle (1) vorbeşte despre: „accidentele grave cărora sunt expuse femeile în timpul sarcinei, din cauza aderenţei placentei la orificiul uteriu“ dar nicăeri nu lasă să se întrevadă că a avut cunoştinţă de vre-un caz de expulzia placentei înaintea fătului în placenta praevia.

Lamotte asigură că: „printre toate accidentele parturiţiunei, nu este nici unul mai periculos ca acela, în care placenta se prezintă înaintea copilului şi se dezlipeşte complect“.

Alţi autori, între cari şi Collnis (2) în tratatul său, susţin că dezlipirile totale ale plancetei şi expulzia placentei înaintea fătului, sunt extrem de rare, — iar M. Gowrer raportând cazul lui M. Denny — (care se găseşte în statistica lui Simpsom), spune: „acesta poate este unicul exemplu în practica obstetricală de a vedea placenta eşind înaintea fătului.

Un studiu amănunţit asupra acestei chestiuni nu se făcu până la Simpsom, care adunând toate observaţiile publicate şi ajunse la cunoştinţa lui, le consacră, în tratatul său de Clinică obstetricală şi Gynecologie, un întreg capitol: *Expulzia spontanee şi extracţia artificială a placentei înaintea copilului în prezentaţiile placentare.*

Din observaţiunile adunate de Simpsom, reeşia că emoragia în placenta praevia înceta aproape în majoritatea cazurilor, când dezlipirea placentei era complectă.

Aceste consideraţiuni l'au determinat pe Simpsom de a complecta dezlipirea placentei, în cazurile de emoragie inevitabilă, cum o numea el, cu scopul de a opri emoragia. Această metodă de tratament, care poartă numele de metoda lui Simpsom, avu puţini susţinători, şi astă-zi se consideră de domeniul istoriei obstetricei.

---

(1) Mme *Lachapelle.* — Pratique des accouchements. Tom. II. p. 362.

(2) Dr. *Collnis.* — Treatise ou Midwifery, p. 90.

Această metodă a avut precursori pe Portal, Trinchinetti, Chapmann, Radfordt.

Frecuenţa

Existenţa anomaliei de travaliu de care mă ocup, este legată de inserţia placentei pe segmentul inferior al uterului, şi deci frecuenţa sa va depinde de frecuenţa placentei praevia. Ori, placenta praevia prezentându-se ca frecuenţa dnpă cum e privită din punct de vedere anatomic sau din punct de vedere simptomatic, va trebui să iau în consideraţie numai placentele praevii, cari se manifestă cliniceşte.

Se ştie că segmentul inferior al uterului dă inserţie placentei în 28,12°/₀ din sarcini după Pinard; în 57,52°/₀ după Magyiar şi în 79,36°/₀ după Spindler. Admiţând că aceste cifre nu sunt destul de exacte, luând în consideraţie dificultatea de a măsura exact întinderea segmentului inferior, — distanţă de la orificiul intern până la inelul lui Brandl, — totuşi ar rămânea că în 50°/₀ cazuri, placenta se inseră cu o porţiune pe segmentul inferior.

Dacă din contra privim numai cazurile în cari s'a produs emoragia, vedem că frecuenţa placentei praevia este destul de mică, precum rezultă din statistici, deşi acestea diferă mult unele de altele; ast-fel Klein dă 1 : 124; Schwartz dă ca mijlocie 1 : 1564; Gruner 1 : 814; Müller reunind mai multe statistici cu 876.432 cazuri dă o proporţie de 1 : 1078.

In Maternităţi însă, unde distociile sunt mai numeroase, numărul cazurilor de placenta praevia este în creştere, aşa că după Depaul se găseşte 1 : 242 faceri; după Tarnier 1 : 207; după Demelin 1 : 134; după Drăghiescu 0,57 : 100.

Pe cât pare că este de frecuentă placenta praevia, pe atât e de rară dezlipirea placentei şi expulzia ei înaintea fătului, după cum reese din numărul restrâns de statistici de placenta praevia publicate în ultimul timp.

Cea mai complectă adunare de observaţiuni este a lui Simpsom publicată în tratatul său de Obstretică şi Gynecologie; ea coprinde studiul a 142 de cazuri, dintre cari cele mai recente datează de cel puţin 60 de ani. Interesul acestor observaţiuni scade, din cauza lipsei de control asupra multora din ele.

Aceste cazuri au fost culese din Anglia şi de pe continent pe un interval de timp de mai multe decenii.

Klein pe o perioadă de 5 ani, de la 1896—1906 la a doua clinică de Gynecologie şi Obstetrică din Viena, pe 17.184 de cazuri, găseşte 138 placente praevia, şi numai în *2 cazuri*, placenta s'a expulzat înaintea fătului. Raportând aceste cazuri la numărul total al facerilor, găsim o proporţie de 1 : 8592.

Hüber pe o perioadă de 7 ani 1890—1897 pe un total de 93.298 faceri, găseşte 287 placente praevia şi numai de 3 cazuri de expulzia placentei înaintea fătului, deci proporţia de 1 : 30990 faceri.

In statistica Maternităţei din Bucureşti pe 25 ani (1885—1910) şi cu un total de 40.951 faceri n'am întâlnit de cât de 2 ori această anomalie, a cărei proporţie la numărul facerilor revine deci la 1 : 20475.

Anatomie patologică

Studiul anatomo-patologic al placentei, în cazul când ea se desvoltă pe segmentul inferior al uterului prezintă multă importanţă atât din punctul de vedere al particularităţilor, studiate de către Lecret, Sirelius, Hofmeyer, Dylion, etc., cât şi din punctul de vedere al patogeniei dezlipirei. In general placenta este mai uşoară ca o placentă normală, dar este cu mult mai întinsă ca suprafaţa, acoperind une-ori întreaga suprafaţă a membranelor. Grosimea sa este mai accentuată pe margini ca la centru, invers de cum se prezintă o placentă inserată normal. In unele locuri se găsesc cotiledoane atât de atrofiate că se pot vedea membranele prin transparenţă. Din cauza neegalităţei de nutriţiune, placenta are adesea o formă neregulată cu cotiledoane aberante. Câte odată atrofia unor cotiledoane merge până acolo că corionul rămâne membranos la acel nivel, cea ce explică şi frecuenţa placentelor reinforme, bilobate. (Porn K.).

Nuclei de degenerescenţă fibroasă, focare emoragice se prezintă ca alteraţiuni obicinuite ale ţesutului placentar. Suprafaţa uterină a placentei este acoperită de chiaguri mai mult sau mai puţin vechi, cari s'au format în timpul dezlipirei ei. Inserţiunea cordonului de cele mai multe ori este marginală, sau velamentoasă, iar membranele sunt groase, rezistente şi rugoase.

Constituţia anatomică a segmentului inferior al uterului, ca şi rolul său fiziologic, suferă de asemenea modificări, datorite inserţiei placentei pe el.

Limita inferioară a segmentului inferior e bine delimitată prin orificiul intern al colului, pe când cea superioară are trecere şi continuitate insensibilă cu corpul uterului când acesta nu e în travaliu. Nu mai e tot aşa şi pe un uter parturient, căci o diferenţă manifestă de grosime se stabileşte adesea brusc la nivelul unui inel văzut şi figurat de Braune, Chiari, Zweifel şi căruia Schroeder i-a dat numele de *inelul de contracţiune.* Acest inel conrespunde marei vene circulare *(Kranzvene)* şi punctului unde peritoneul încetează de a se lăsa să fie deslipit de pe faţa anterioară a uterului. Acest punct se află după Barnes la 7.5 ctm., de-asupra orificiului intern- după Pinard la 10 ctm. după Varnier la 6 ctm.

Peretele muscular al segmentului inferior în secţiune se prezintă cu o textură mai slabă ca aceea a corpului uterului.; este caracterizat prin un număr şi un volum mai mic, o disociaţiune mai uşoară a fasciculelor fibrelor celulei cari se anastomizează în toate sensurile.

Examinând segmentul inferior pe care se fixează placenta în inserţia ei joasă, se constată subţimea lui, une-ori atât de accentuată, în cât rezistenţa sa mult încercată de contracţiile corpului, mai ales când placenta este şi aderentă,— poate da loc la ruperea uterului.

Etiologie şi patogenie

Cauzele care determină inserţiunea vicioasă a placentei şi anomalia de travaliu, nu sunt încă destul de cunoscute, deşi asupra acestei chestiuni s'a zis şi s'a scris atât de mult.

Multiparitatea e considerată ca una din cauzele provocatoare, de placenta praevia căci după statistica lui Strassman se gaseşte 83—87 la 100 multipare; Müller dă 85 la sută; Frank 94 la 100. Lărgimea uterului în urma multelor sarcini şi flasciditatea pereţilor săi, face ca oul fecundat să alunece pe segmentul inferior (1). Nu mai puţin şi *endometrita* contribue într'o măsură destul de largă la această alunecare.

---

(1) In observaţiunile mele, intr'un caz am avut de a face cu o quartiporă şi in altul cu o quintipară.

Vârstei nu i se poate atribui nici o importanţă în determinarea insertiei joase a placentei, deşi placenta praevia se manifestă mai mult de la 25—35 ani; aceasta fiind vârsta pe care o au de obiceiu multiparile mari. In cazurile mele o femee avea vrâsta de 27 ani şi alta de 30 ani.

Patogenia placentei praevii şi a accidentului travaliului, de care mă ocup, nu e mai mult avansată ca etiologia, ci se află încă tot la teorii. Unele din aceste teorii sunt în contrazicere cu ultimele descoperiri embriologice, ast-fel e teoria lui Velpeau şi Moreau, cari credeau că, oul fecundat poate să se insinueze între peretele uteriu şi membrana anhistă care-'l acoperă şi să cadă ast-fel pe segmentul inferier. Hohl credea că oul poate rupe caduca reflexă şi cade ast-fet pe segmentul inferior. Tyler Smith admitea că fecondaţiunea se face la nivelul părţei inferioare a corpului uterului, cea-ce este o eroare. Tot atât de lipsită de temei este şi teoria lui Stein, care acuză volumul exagerat al oului; teoria lui Moreau, care atribue unei contracţii exagerate a trompei aruncarea ovulului pe segmentul inferior; teoria lui Pinard care invoacă trepidaţiile vagoanelor, când femeile călătoresc în primele luni ale sarcinei.

Unele malformaţiuni de inplantare a trompei, semnalate de Ingleby şi Géndrin, care fac ca trompa să se deschidă aproape de orificiul intern al colului, precum şi unii fibromi ai uterului, care împedecă în oare-care măsură implantaţiunea oului, explică — prin condiţiunile anatomice ce crează, — de ce la ori-ce nouă sarcină, placenta îşi ia inserţie pe segmentul inferior.

Mulţi autori între cari şi Kepler, Pajniko, au susţinut printr'o eroare de interpretare că, oul poate să se grefeze pe mucoasa colului, dând ast-fel naştere unei sarcini cervicale, ceea-ce ar predispune mai cu seamă la expulzia placentei înaintea fătului în timpul travaliului. Totuşi s'au obserăat cazuri (Weiss, Künster, Ponfick) în care după moartea femeei, s'a găsit placenta aderentă de col prin o porţiune a sa. Acest fapt se datoreşte unei dependenţe a *placentei reflexă*, sau că oul traversând mucoasa uterină s'a desvoltat în plin ţesut muscular? Pentru moment chestiunea rămâne încă deschisă la discuţiuni.

Toate teoriile enumerate până acum sunt de domeniul ipotesei, lipsite de argumente de ordin ştiinţific. Singur Hofmeyer la 1888, bazat pe o observaţiune ştiinţifică, îşi edifică teoria sa, prin care presupune că în unele cazuri, vilozităţile cari sunt vârâte în caduca ovulară se dezvoltă în loc să se atrofieze, şi când mai târziu cele două caduci se unesc, aceste vilozităţi devin din ce in ce mai cu viaţă, pătrund caduca uterină şi formează o placentă, care se inseră foarte aproape de orificiul intern, în timp ce se atrofiază vilozităţile, cari în raport cu serotina trebuiau să dea naştere placentei normale. Pare că e necesară, după Hofmeyer, o endometrita anterioară, care să producă o ipertrofie a mucoasei.

Cauzele şi mecanismul dezlipirei placentei şi expulziei ei înaintea fătului au exercitat multă vreme imaginaţia autorilor, cari au emis diferite teorii.

Vechile idei, cari aveau curs, când se credea că orificiul intern se dilată în ultimele 3 luni ale sarcinei, producând întinderea şi ruperea pe alocurea a vaselor placentore, ce învecinau colul, — azi sunt de domeniul istoriei.

Fie că dezlipirea placentei este parţtală, fie că ea e totală, aceaşi cauză prezidă în ambele cazuri, şi deci aceaşi teorie le e aplicabilă. Dar ca mai în toate lucrurile greu de dezlegat nu s'a dat numai o singură teorie, pentru explicarea patogeniei dezlipirei placentei, ci trei. Fie-care din ele e aplicabilă la unele cazuri, dar nu poate explica pe toate. Le vom expune şi vom vedea care din ele este cea mai aplicabilă pentru cazurile noastre.

1. *Teoria distensiei segmentului inferior.* Segmentul inferior al uterului desvoltându-se în ultimele 3 luni ale sarcinai şi placenta ne urmând aceaşi desvoltare se produce o lipsă de paralelism între cele două suprafeţe aderente, de unde urmează o dezlipire (Jaquemier). Aceste idei fiind bazate pe un adevăr anatomic au fost acceptate de mulţi autori, dar ele nu explică de cât emoragiile cari survin în timpul ultimelor 3 luni, şi pe de altă parte ştim foarte bine, că emoragiile deci şi dezlipirea care le produce pot lipsi tot timpul sarcinei, apărând numai în timpul tavaliului. Acelaş lucru putem spune şi despre modificarea pe care a aduso Banes acestei teorii, cum că placenta e aceea care se desvoltă mai iute ca segmentul inferior, mai ales în momentul epocelor congestive, conrespunzând menstruaţiei.

2. *Teoria dezlipirei prin alunecare* susţinută în particular de Schröder şi Leon Dumas este aplicabilă pentru emoragiile de la începutul travaliului. Se ştie că atunci când colul începe a se sterge, polul inferior al oului, constituit de membrane, destinde segmentul inferior, insinuându-se în orificiul intern, producându-se o

adevărată lunecare la nivelul membranelor. In cazul de placenta praevia alunecarea s'ar putea face la nivelul caducei şi placenta s'ar dezlipi de păretele uterin, sau între chorion şi amnios ceea-ce ar explica absenţa emoragiei.

3. *Teoria întinderei membranelor*, emisă de Pinard se aseamănă mult cu precedenţă şi explică mai bine dezlipirele placentei şi emoragiile ce survin în timpul sarcinei şi al travaliului. Pinard admite lunecarea oului pe segmentul inferior al uterului în ultimele 3 luni ale sarcinei datorită contracţiunelor uterine nedureroase, ce determină o presiune exercitată pe toată suprafaţa oului, dar mai cu seamă la nivelul segmentului inferior. Acestei presiuni îi urmează o supra-distensiune a membranelor oului, producându-se ast-fel întinderi ale corionului, întinderi ce se manifestă până la nivelul placentei. Când maximul de elasticitate al corionului este atins (elasticitatea corionului este foarte mică), survine ruperea membranelor sau dezlipirea placentei. — Această dezlipire, când are loc, se face pe marginea placentei, nu chiar la nivelul liniei de separaţiune a stratului spongios de stratul compact, ci mai aproape de stratul muşcular.

In determinarea gradului de dezlipire al placentei, când rezistenţa membranelor e mare, trebue luat în seamă şi rolul elasticităţei mai mult sau mai puţin mare a placentei şi a segmentului inferior, care menţine raporturile acestor două organe, într'o măsură destul de mare. — Când o cauză modificatoare diminuă elasticitatea segmentului inferior (ex. presenţa unui fibrom, vechi leziuni inflamatorii, etc.) sau a placentei (focare emoragice organizate, etc.), dezlipirea placentei nu numai că este împedecată, ci dese-ori ajutată.

După mecanismul descris mai sus, dezlipirea placentei poate să devie complectă pe măsură ce travaliul înaintează, dacă membranele nu cedează spontanen sau nu sunt rupte artificial, căci contracţiunile uterine, favorizând scoborârea oului prin înglobarea cavităţei cervicale la segmentul inferior, facilitează angajarea şi scoborârea părţei fetale prezentate. Aceasta la fiece contracţiune înpinge înaintea şi se dezlipeşte placenta, mai ales când inserţiunea este centrală.

Posibilitatea plancentei praevia centrală deşi negată de Pinard, reese din observaţiunile lui Demelin, Lomer, Tibone, Brindeau, Leopold, Juge, dacă le socotim ca atare, placentele cari acoper pe toată întinderea orificiul uterin la dilatarea sa complectă, ceea ce se întâlneşte odată la 15 sau 16 cazuri de inserţie viţioasă.

In unele cazuri de inserţie totală, fătul a trecut prin placenta perforându-o după cum arăta Bar în tratatul său.

Simptomatologie

Semnele premergătoare şi acele ce însoţesc o dezlipire de placentă şi expulzia înaintea fătului, se suprapun ast-fel semnelor unei placente praevia atât în timpul sarcinei cât şi al travaliului, ca făcând studiul celor dintâi implicit se face şi al placentelor inserate viţios.

Emoragia. Unul din semnele cele mai caracteristice, survenind în timpul sarcinei în deplină stare de sănătate, fără dureri, repetându-se la intervale mai mult sau mai puţin regulate, este emoragia. Apariţia acestor emoragii, constituite de sânge, roş lichid, scurgându-se uşor în afară, e mai frequentă în ultimele 3 luni ale sarcinei.

In observaţie mea. No. 1, emoragiile au debutat chiar de la începutul sarcinei, devenind din ce în ce mai ameninţătoare cu cât se apropia gestaţiunea de sfârşitul ei. In a doua observaţiune emoragia nu a apărut de cât odată cu travaliul. Din studiul tabloului lui Simpsom reese că emoragiile au existat aproape în toate cazurile înaintea travaliului.

Emoragia din timpul travaliului se prezintă cu acelaşi caractere ca şi cea din timpul sarcinei; mersul ei este foarte variabil, cele mai adese-ori continuu cu exascerbaţiuni. Câte odată se opreşte timp de mai multe ore, pentru a reîncepe din nou.

Acest semn este foarte frequent, când avem aface cu o inserţiune totală, căci în urma distensiei segmentului inferior, suprafaţa de inserţiune a acestui segment este aproape dublată. Totuşi ea nu este absolut inevitabilă, căci Judet şi Bitot au demonstrat că segmentul inferior dezvoltându-se mai mult pe partea sa anterioară, peretele posterior aproape nu se modifică şi deci în cazurile de inserţia placentei mai mult înapoi, emoragia devine rară. Alte-ori alteraţiuni ale placentei praevia consistând în porţiuni subţiate, degenerate, aproape membranoase, nu produc emoragia prin dezlipirea lor de segmentul inferior. S'au semnalat cazuri de placenta praevia centrală în care fătul a trecut prin placentă fără a da naştere la emoragie, dar aceste cazuri sunt excepţionale.

In ambele noastre observaţiuni emoragia din timpul travaliului a fost gravă, prin anemia acută pe care a produs-o şi prin moartea fătului. Raportându-ne şi la cazurile lui Simpsom găsim că emoragia a fost:

Gravă în	71	cazuri
Considerabilă	25	„
Uşoară	8	„
Slabă sau nulă . . .	7	„

După dezlipirea completă a placentei, care cliniceşte se controlează prin tactul vaginal sau prin faptul că placenta se expulzează înaintea fătului, se constată în majoritatea cazurilor încetarea emoragiei, diminuarea ei dese ori şi numai câte odată ea persistă.

După Simpsom:

In	46	cazuri	emoragia	se opri complet.
„	12	„	„	fu uşoară.
„	7	„	„	puţin considerabilă.
„	1	„	„	mult diminuată.
„	1	„	„	considerabilă.
„	1	„	„	mare cantitate.
„	5	„	„	profuză.

In prima noastră observaţiune emoragia, care încetase complet după expulzia placentei, reîncepe după extragerea fătului şi nu fu posibil a o opri, femeea sucombând cu toate tratamentele făcute.

In a doua observaţiune emoragia de asemenea încetase după expulzia fătului; şi cu toate că uterul era rupt şi prin el trecuse capul fetal şi membrul superior drept, nu se făcuse nici o emoragie internă deşi starea aceasta de lucruri dura de 36 de ore.

Patogenia emoragiei. Corolor al dezlipirei de placentă fie ea cât de mică este emoragia, despre a cărei provenienţă sa discutat mult. Simpsom susţinea că emoragia se produce prin vasele placentei din porţiunea dezlipită şi aşa că la fie-ce contracţiune uterină, sângele matern, care vine la placentă prin porţiunea ei aderentă de uter, are o eşire liberă prin partea ei dezlipită. De aici urmează că dezlipirea placentei devenind din ce în ce mai complectă, numărul vaselor cari trebuiau să-i aducă sângele, diminuă gradat, aşa că separaţiunea fiind terminată, emoragia se apresce în totalitate.

Aceste consideraţiuni teoretice l-au făcut pe Simpsom să recomande metoda sa de tratament a emoragiilor în placentă praevia prin dezlipirea manuală a placentei şi extragerea ei înaintea fătului.

Punctul de plecare al teoriei lui Simpsom era greşit atribuind emoragiei numai o origină placentară. Azi se ştie după lucrările lui Lee Ashwell că emoragia provine cea mai mare parte din ţesutul muscular al segmentului inferior şi o mică parte din placenta dezlipită.

Emoragia e favorizată de enorma dezvoltare a circulaţiei arteriale şi vînoase a uterului gravid şi de absenţa de valvule suficiente în marile trunchiuri venoase, — venele uterine şi venele utero-ovarine, — cari pun sinusurile uterine în largă comunicaţie cu ipogastrica şi vena cavă. Uterul puerperal primind de 4 ori mai mult sânge, ca uterul în stare de vacuitate după cum a arătat Hyrtl la 1872, aparatul circulator al mamei ar putea să se golească în scurtă vreme prin vasta gură vasculară deschisă în urma dezlipirei placentei, dacă nu ar interveni, — comprimând, obliterând, legând vasele parietale, retracţiunea activă, tonicitatea muschiului uterin. Simpla elasticitate, retracţiunea pasivă a muschiului uterin, care persista şi pe cadavre nu e suficientă a închide singură căile, cari pun în comunicaţie vasele utero-placentare deschise cu vena cavă.

Cunoscând aceste lucruri, pare foarte curios că emoragia creşte în cazul unei dezlipiri a placentei inserate pe segmentul inferior, tocmai în momentul unei contracţiuni uterine, când muschiul contractându-se ar trebui să închidă vasele, cari dau sânge. Hofmeéer a demonstrat cu secţiuni de utere gravide că marile vase uterine pătrund în uter dedesubtul inelului de contracţiune aşa că contracţiunea corpului uterin, care ar putea fi eficace, nu lucrează asupra acestor mari vase nici asupra ramurilor cari merg la placentă, iar ţesutul muscular al segmentului inferior puţin dezvoltat şi neretractându-se suficient nu poate opri emoragia, din cauza piedecei pe care i-o aduce placenta — parţial dezlipită.

Retracţiunea ne mai fiind împedicată când dezlipirea e completă, emoragia încetează (Varnier).

Facerea prematură. Semn important în placenta praevia după Pinard, deşi contestat de Budin se întâlnesc în prima noastră observaţie şi în 48 de cazuri din 142 relatate de Simpsom.

Prezentaţiile vicioase. Prezenţa placentei pe segmentul inferior modifică legile de acomodaţiune şi împedica partea prezentată să se angajeze dând loc şi la prezentaţiuni vicioase mult mai frequente, după cum a arătat Gotschalk la congresul de la Bruxelles.

In ambele noastre observaţiuni, feţii erau în prezentaţie umerală, iar în 90 cazuri specificate în Simpsom găsim:

4	cazuri	prezentaţia	picioarelor.
6	"	"	şezutului.
21	"	"	umerală.
59	"	"	craniene.

In unul din aceste 59 cazuri, un braţ se prezenta pe lângă craniu.

Diagnostic

In cursul travaliului la o femee prezentând insertiune vicioasă a placentei, nimic nu ne poate face să bănuim că placenta va fi expulzată înaintea fătului. Prin tactul vaginal putem constata dezlipirea completă a placentei, şi expulzia ei în vagin, dar atunci deja totul a fost efectuat fără măcar să bănuim. In cele mai multe cazuri placenta a fost extrasă din vagin, sau fu găsită expulzată între coapsele parturientei (Simpsom).

La femeea din prima noastră observaţiune, placenta fu extrasă de moaşă din vagin, iar la a doua femee placenta se expulza fără nici un ajutor.

Emoragia, care e un semn atât de important când survine în timpul travaliului, pentru diagnosticarea unei placente praevia, poate avea şi alte surse, ast-fel ruperea unor varice genitale, ruperea colului în timpul travaliului, cari pot fi depistate prin examenul direct.

Dezlipirea parţială sau completă a unei placente inserate normal, produce emoragii externe, dar mai mult interne, uterul devenind în acest caz dur, voluminos ne mai corespunzând vârstei sarcinei.

Ruperea sinusului circular al placentei e însoţită de emoragie având caracterul celor din placenta praevia.

Dificultatea diagnosticului devine mai mare când prin tact se găseşte placenta la orificiul uterin dilatat, deşi a fost inserată normal. Acest fapt a fost descris sub numele de placenta praevia prin lunecare şi se datoreşte dezlipirei placentei şi lunecărei ei până la nivelul orificiului intern al uterului sub influenţa tracţiunelor membranelor şi a presiunei părţei fetale.

Pronosticul

Pronosticul este mult mai grav ca pentru simplele cazuri de placenta praevia, unde mortalitatea maternă şi fetală a scăzut foarte mult în ultimul timp, graţie noilor metode de tratament.

Pronosticul matern pentru cazurile mele de dezlipire de placentă şi expulzia ei înaintea fătului a fost fatal. In prima observaţie vedem că emoragia încetase după expulzia fătului, dar anemia era aşa de profundă că cea mai mică perdere de sânge devenea mortală. După extragerea fătului prin embriotomie, o mică emoragie fu suficientă ca în mai puţin de o jumătate de oră să facă ca femeea să sucombe. Placenta se expulzează înaintea fătului cu 3 ore şi 20 minute.

În al doilea caz pe lângă anemia gravă, se mai adăuga şi ruptura uterului şi infecţiunea probabilă a peritoneului, ce aduse moartea la 41 ore după expulzia placentei.

In ambele mele cazuri moartea feţilor se datora întreruperei circulaţiei feto-placentare, căci ne mai făcându-se oxigenarea sângelui fetal prin dezlipirea totală a placentei, asfixia survenea.

Cum un făt poate fi privat de aer timp de 10 minute, el poate fi salvat dacă se face estracţia lui în limitele acestui scurt timp.

Statistica lui Simpsom pentru mamă şi pentru făt dă un pronostic mai bun.

In 47 de cazuri, fiind un interval de 10 ore până la 10 minute între expulzia placentei şi naşterea copilului:

44 mame scăpate.	1 copii scăpat.
3 „ moarte.	40 copii morţi.
	6 „ necunoscuţi.

In 24 de cazuri, un scurt interval (mai puţin de 10 minute) s'a scurs între separaţiunea placentei şi naşterea copilului.

21 mame scăpate.	11 copii scăpaţi.
3 „ moarte.	11 „ morţi.
	2 „ necunoscuţi.

De 30 ori placenta fu expulzată imediat înaintea copilului sau eşiră împreună:

21 mame scăpate.	11 copii scăpaţi.
1 mamă moartă.	14 „ morţi.
1 „ necunoscută.	5 „ necunoscuţi.

40 cazuri în cari perioada exactă scursă între separaţiunea placentei şi naşterea copilului nu fu cunoscută:

36 mame scăpate.	7 copii scăpaţi.
3 „ moarte.	17 „ morţi.
1 mamă necunoscută.	14 „ necunoscuţi.
	1 copil a respirat.

Totalul ne dă 129 mame scăpate pe 141 cazuri şi 31 copii scăpaţi, 27 necunoscuţi, şi unul care a respirat.

Cauza morţei pentru mame a fost emoragia în totalitatea cazurilor aproape şi asfixia pentru copii.

Tratamentul

Faţă de o femee ce prezinta emoragii datorite unei dezlipiri de placentă în totalitate sau când placenta se află expulzată în afară de organele genitale, ne vom adresa stărei ei generale, şi stărei ei genitale.

Anemia acută, gravă, profundă în care se află de obiceiu femeile în aceste condiţiuni se va trata punându-se femeea în plan înclinat cu capul în jos, se va face auto-transfuzie, prin facerea unui pansament strâns pe membranele inferioare şi superioare, începând de la extremităţi către rădăcina membrelor, ast-fel ca să suprime circulaţia lor, ducând sângele la cord şi centru nervoşi. Se vor pune sticle cu apă caldă; se vor face injecţiuni subcutanate cu eter, cafeină pentru a stimula şi întreţine puterea cordului.

Cel mai însemnat mijloc însă este injecţiunea intravenoasă de ser artificial clorurat sau fosfotat 7$^{0}/_{00}$ sterilizat, de oare-ce se pune imediat în circulaţie o masă mare de lichid, care ridica tensiunea arterială.

Felul intervenţiilor obstetricale, făcute cu ajutorul asepsiei numai dacă e posibil, este comandat de gradul de înaintare al travaliului, de prezentaţia fetului, de buna conformaţie a basinului şi alte condiţiuni materne şi fetale, când fătul trăeşte.

Cum în cele mai multe cazuri fătul e mort, numai interesele mamei sunt în joc şi atunci se aleg pentru ea mijloacele cele mai sigure şi inofensive, consistând în golirea cât mai repede a uterului de conţinutul său, adică de făt, placenta fiind expulzată înainte.

In prezentaţiile craniene, când orificiul uteriu e complect dilatat sau dilatabil, se face o aplicare de forceps. Când craniul nu e angajat, şi când uterul nu e prea retractat în urma expulziei anexelor oului, se va putea cerca o versiune internă; asemenea s'ar putea cerca versiunea internă şi în prezentaţiile umerale, când nceastă manoperă ar fi posibilă.

In întâiul nostru caz, cu prezentaţie umerală C. I. D. U. a. D. s'a făcut versiunea internă şi estracţia fătului, fără însă a se bănui existenţa unei ruperi a uterului, datorită prezentaţiei vicioase.

Când uterul e retractat cât de puţin, când prezentaţia umerală este destul de angajată şi fătul mort, nu trebue să recurgem la alte mijloace, ci direct la embriotomie, operaţie pe care am executat-o la al doilea caz ce am avut.

Tracţiuni făcute pe membranele inferioare, în prezentaţiile pelviene, termină curând facerea, fără nici un incident, dacă avem grija la trecerea capului, care poate ocaziona ruperile segmentului inferior al uterului.

După golirea uterului, de multe-ori persista emoragia din segmentul inferior, cea-ce necesita tamponarea şi când aceasta s'ar arăta neeficace nu trebue ezitat a se face istercetomia abdominală.

Atenţiunea în cursul lehuziei, trebue să fie mai deosebită, din cauza multelor accidente infecţioase cărora le deschide calea şi starea generală rea şi intervenţia ce are loc pentru terminarea facerei, când aceasta nu se efectuează spontaneu.

OBSERVAŢIA I-a

Quartipară; Facere prematură luna VIII-a; C. I. D. — U. S. — Placenta praevia parţială expulzată înaintea fătului. Embriotomie-Emoragie post-portum; Moarte.

In ziua de 25 Octombrie 1909, ora 11° 20′ a. m., este adusă la Institutul Maternitatea femeea Fa.... D....., în etate de 27 ani, căsătorită, însoţită fiind de o moaşă care fusese chemata spre a o asista acasă la facere. Deşi starea generală a bolnavei era destul de gravă din cauza unei anemii foarte accentuată, datorită emoragiilor pe cari le avea de cât-va timp, am putut obţine câte-va informaţiuni asupra mersului sarcinei actuale.

Menstruată de la 14 ani, regulat, fără dureri, cu mici pierderi de sânge durând o săptămână. A avut 3 sarcini normale, la termen cu lehuzie bună.

Sarcina actuală. — Nu ştie data ultimei menstruaţiuni.

De la începutul sarcinei, a avut mici perderi de sânge, cari veneau neregulat ţinând câte o zi, două şi încetând prin repaos. Sarcina a purtat-o foarte greu, atât din cauza emoragiilor, cât şi din cauza turburărilor digestive, consistând în greţuri, une-ori şi vărsături, fenomene cari au încetat la apariţia primelor mişcări, a căror dată nu şi-o aminteşte precis. N'a avut nici odată oedeme ale membrelor inferioare.

Cu vre-o 14 zile înainte de a începe facerea hemoragiile reapărură în cursul nopţei, fără dureri, şi în cantitate destul de mare spre a îngrijora în gradul acela de a chema un medic spre a-l consulta. In urma asigurărilor medicului că aceste emoragii nu prezintă nimic grav, femeea continuă a-şi vedea de menaj. La această epocă sarcina era înaintată cam în 7 $^1/_2$ luni.

In noaptea precedentă venirei în Institutul nostru, se ivi o nouă emoragie foarte abundentă, cu sâge lichid, emoragie care continuă până la orele 8 a. m. când placenta fu expulzată, fătul rămânând în uter.

Moaşa care o însoţea şi care fusese chemată cu puţin timp înaintea expulziei placentei, a secţionat cordonul, şi cum a constatat că fătul era în prezentaţie humerală a convins familia gravidei să o aducă la Maternitatea. Hemoragia a încetat după expulzia placentei, fără să i se fi făcut nici un tratament.

Starea prezentă. — La ora 11° 20′ a. m., vedem femeea în sala de primire într'o stare extrem de gravă din cauza anemiei intense. Faţa palidă, mucoasele exangue, extremităţile răci, puls imperceptibil, stare sincopală. I se face imediat o injecţiune intravenoasă de 1.000 gr. ser artificial fosfatat cu 0,50 ctgr. cafeină, se pune cu capul în jos.

După vre-o 20 minute figura se coloră, pulsul deveni perceptibil.

Scheletul şi bazinul bine dezvoltat, mamelele mărite, de volum, areola pigmentată, asemenea şi linia albă. Abdomenul distins de uter care se întinde până la 4 laturi de deget deasupra ombilicului, diametrul său transversal mult mărit, aproape având aceiaşi dimensiune ca şi cel vertical. Forma uterului neregulată: consistenţa tare, fiind foarte retractat. Segmentul inferior gol; latura dreaptă e plină de o parte fetală mare, rotundă, dură şi regulată, iar latura stângă şi fundul uterului e ocupat de o parte fetală mare, neregulata însoţită de părţi mici fetale. Palparea e dificilă din cauza retrecţiunei uterului, care se mulase pe conţinutul lui. Prin ascultaţie nu se aud bătăile cordului fetal, de alt-fel şi femeea ne afirmă că n'a mai simţint mişcând fătul de dimineaţă.

Mucoasa vulvo-vaginală nici nu se mai poate vedea din cauza unei cantităţi de sânge închegat care acoperea şi coapsele până la treimea lor mijlocie. Prin vagin prolaba mâna stângă a fătului care ne conduse la stabilirea exactă a poziţiei prezentaţiunei. C. 1 D.— U. S. — Nimic la cord; urina nu conţine albumină.

Operaţia. — Preparându-se femeea pentru embriotomie, se administrează cu cea mai mare prudenţă câte-va picături de cloroform, pentru a mai diminua marea retracţiune a uterului şi se procede la operaţie cu cârligul lui Braun.

Cu cârligul lui Braun este apucat cu mare greutate gâtul fetului, din cauză că se găsea foarte sus şi mai ales din cauza poziţiei dorso-anterioare. După câte-va răsucituri, coloana vertebrală cervicală şi părţile moi ale gâtului rupte, prin tracţiuni pe mâna fătului ce era în vagin se extrage, trunchiul fătului, apoi şi capul. Imediat se extrag şi restul membranelor ovulare ce erau în uter, cu care ocazie se constată şi inserţia parţială a placentei pe peretele drept şi anterior al segmentului inferior. Injecţie cu ergotină; plan decliv cu capul în jos; uterul se contracta imediat după extragerea fătului, fără cea mai mică emoragie. După scurtă vreme însă uterul cade în inerţie, o emoragie abundentă care nu poate fi oprită prin nici un mijloc, face să perdem femeea la 30 minute după intervenţie.

Examenul placentei. — Cu aducerea gravidei la Institut moaşa a adus şi placenta. Examinând suprafaţa uterină a placentei constatăm pe ea câte-va chiaguri recente; suprafaţa fetală nu prezintă nimic particular, cordonul are inserţie aproape centrală, şi este secţionat la vre-o 10 ctm. de inserţia sa placentară.

Placenta prezinta o suprafaţă mai mare ca a unei placente normale, este ceva mai subţire însă; marginele însă sunt neregulate, fără însă a prezenta vre-o perdere de substanţă; sinusul circular nu pare a fi atins. De jur împrejurul placentei pe marginele ei de inserţiune pentru membrane se găsesc acestea sdrenţuite, neregulate, ca şi când ar fi fost smulse.

Autopsia. — Afară de o stare anemié intensă a organelor interne n'am putut constata nimic alt-ceva. Uterul moale, flasc, palid, cu sinusurile larp deschise pe segmentul inferior, unde se constată şi plaga placentară, situată pe peretele anterior drept.

OBSERVAŢIA II

Quintipară, la termen, cu făt mort în prezentaţie imerală C. I. D. U. D.; expulzia placentei înaintea fătului. Moarte.

In ziua de 24 Mai, ora 9°50′ p. m., anul 1888, fu primită în Institutul Maternitatea femeea S. . . . . M. . . . ., în etate de 30 ani, de profesiune casnică, din comuna Grădiştea.

In privinţa antecedentelor sale nu am putut avea nici o informaţiune din cauza stărei grave în care se găsea femeea la venire. Cele ce urmează în privinţa trecutului obstetrical şi al sarcinei actuale, le deţinem de la moaşe, care o însoţea.

A avut 4 sarcini la termen, în bune condiţii, cu faceri şi lehuzie fiziologică; din 4 copii numai 3 trăesc, unul a murit curând după naştere.

Sarcina actuală datează din cursul lunei Septembrie 1887, când a avut ultima menstruaţie, care a durat câte-va zile. In primele luni ale sarcinei, femeea a avut greaţă, vărsături, cefalalgii, insomnii, cari însă încetară cu simţirea primelor mişcări fetale, cari avură loc la 25 Decembrie 1887.

Primele dureri le-a avut în ziua de 22 Mai seara, iar în dimineaţa zilei următoare s'a rupt punga amniatică. Durerile erau foarte mari şi însoţite de emoragie abundentă, care continuă până ce placenta se expulză între coapsele lehuzei. După expulzia placentei emoragia încetă aproape cu totul dar femeea era într'o stare de anemie gravă, ceea-ce determină şi pe moaşă să o aducă la Maternitatea.

Starea prezentă. Tegumentele şi mucoasele decolorate; extremităţile reci; pulsul slab, neregulat, abea perceptibil; respiraţia dificilă, frecuentă, superficială; sudori reci. Femeea abea răspunde la câte o întrebare; are stări sincopale, datorită anemiei profunde.

Abdomenul balonat mult, dureros, prezintă crepitaţiuni la presiuni. Prin palpare se constată că uterul are diametru transversal tot așa de mare ca cel vertical; este neregulat, și contractat. In fosa iliacă dreapta se găsește superficial sub peretele abdomenial o tumoară dură, mare, rotundă, care este capul fetului, și alături o parte mică fetală. Către flancul stâng se simt prin presiune profunde părți mici fetale. Nu mai rămâne nici o îndoială că uterul era rupt în dreapta, judecând după examenul fizic și starea generală și informațiunile pe cari le aveam. Nu se aud bătăile cordului fetal.

Mucoasa vulvară palidă, și acoperită pe alocurea cu sânge închegat; între labii prolabând din vagine se află cordonul ombilical secționat. Prin tactul vaginal nu se găsește nimic particular din partea canalului vulvo vaginal; promontoriul nu se atinge. Segmentul inferior gol, colul uterin dilatat ca o piesă de 2 lei; prin el se dă de umărul drept al fătului și de grilajul cortal; se pune diagnosticul de prezentație umerală C. I. D. a. U. D. Emoragia externă încetează.

Se face toaleta organelor genitale pentru a le prepara de o operație, și dat fiind starea gravă a femeei i se face injecțiuni cu eter, i se administrează poțiuni stimulente.

Operația. La ora 11 p.m., 24 Mai, se face versiunea internă, introducându-se mâna stângă, se apucă piciorul stâng, să se facă scoborârea lui cu destulă dificultate. Pelvisul și trunchiul faetal se scoboară la rândul lor, dar craniul și membrul superior drept cari se angajaseră în ruptura uterului, au necesitat introducetea mânei drepte pentru degajarea lor.

După golirea uterului, emoragia începu din nou, și nu mai încetă până la ora 5° 40′ a.m., 25 Mai, când femeea sucombă.

Fătul mort macerat, intrat în putrefacție, cântărea 3200 gr., și avea lungimea 53 ctm.

Placenta nu a fost adusă la Maternitatea.

Concluzii

1. Expulzia placentei, înaintea fătului în placenta praevia, constitue o anomalie de travaliu, care se întâlnește foarte rar în clinică, 1 la 20.475 faceri după statistica Maternității pe 25 ani, la un total de faceri de 40.951.

2. Patogenia dezlipirei placentei se explică prin teoria distensiunei membranelor (Pinard) în timpul contracțiunilor uterine, distensiune, care duce la ruperea membranelor, (căci ele nu sunt elastice)

sau la separarea placentei de segmentul inferior. Ca factor în această dezlipire intră şi elasticitatea, mai mult sau mai puţin mare a segmentului inferior şi a placentei, (care de multe-ori e alterată).

In mecanizmul expulziei placentei, rolul activ îi revine şi prezentaţiunei fetale, care împinge înaintea sa placenta dezlipită, rupându-i ultimele legături cu uterul.

3. Prezentaţiile vicioase sunt foarte dese, în cazurile când are loc această anomalie de travaliu, aproape 40°/₀ după Simpsom, iar în cazurile mele 100°/₀.

4. Emoragia externă, care durează tot timpul dezlipirei placentei, încetează când dezlipirea devine complectă.

5. Pronosticul este extrem de grav:

a) Pentru mamă, prin emoragia din timpul dezlipirei placentei, prin complicaţiile travaliului, produse de prezentaţiile vicioase, (ruperea uterului) şi prin inerţie post-partum.

Pronosticul îndepărtat este asemenea întunecat din cauza accidentelor infecţioase, ce găsesc un bun teren.

b) Pentru copil pronosticul e fatal, moartea survenind prin asfixie, când naşterea nu se efectuează spontaneu, sau prin intervenţie cel mai târziu 10 minute, după încetarea circulaţiei feto-placentare, care nu mai are loc din momentul complectei dezlipiri a placentei. Mortalitatea fetală în cazurile mele a fost de 100°/₀.

6. Tratamentul se adresează:

a) Stărei generale, prin injecţiuni cu ser artificial intravenos, injecţiuni cu cafeină, eter, punerea în plan decliv; auto-transfuzie prin suprimarea circulaţiei în membre.

b) Stărei genitale, care ne comandă terminarea cât mai repede a facerei, mijloacele fiind condiţionate de gradul de înaintare al travaliului, de prezentaţia fătului şi de viabilitatea lui.

După împrejurări deci vom aplica forceps, vom face versiune, internă, embriotomie, iar pentru complicaţiile interesând uterul (ruperea uterului, inerţie gravă) vom face isterectomia abdominală.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlfeld. Nouvelle contribution à l'étude de placenta praevia. *Centralblatt für Gynakologie*, 1892. No. 12, p. 225.

Auvard. De la conduite à tenir dans le cas de placenta praevia. Thèse agrég. 1886.

Auvard și **Brindeau.** Placenta praevia. Extraction manuelle du foetus. Sortie du placenta avec la fetus. *Archives de tocologie,* 1895.

Bar Paul. La pratique de l'art des accouchements, 1909.

Barnes. Placenta praevia. *Brit. med. J.,* Mars 1888.

Bitot. Mécanisme et traitement d'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Thèse. Paris, 1880.

Brindeau. Placenta praevia. Accouchement spontané, par le passage de la tète à travers le placenta. *Archives de tocologie,* 1895.

Blumreich Rudwig. Ueber abnormen Geburtsmecanismus bei placenta praevia. *Arch. f. Gyn Bd. 61.*

Coulhon. Placenta praevia. Expulsion de placenta avant l'enfant. *Gaz. des hôpitaux,* 22 Janvier 1889.

Dylion Bertha (M-me). De l'insertion vicieuse de placenta. Thèse de Paris, 1889.

Demelin. Le placenta praevia complet (variété totale et complète de l'insertion vicieuse). *Annales de la Société obstetricale de France,* 1894.

— De l'insertion du placenta dite complète. *Annales de la Société obstétricale de France,* 1893, p. 48.

Draghiescu. Considerations sur 61 cas de placenta praevia, observées à la Maternité de Bucarest. Bucarest, 1892.

Fühl. Zür Behandlund der placenta praevia in der allgemeinen Praxis. *Cent. f. Gyn., Bd. XXXI.*

Hantel. Zür Structur der placenta praevia. *Inaug. Diss. Königsberg,* 1900.

Higgnis A. The treatment of placenta praevia. *Boston med. and: surg. Journal,* 2 Janvier 1902, No. 4.

Hofmeier. Die menschliche Placenta, Beiträge zur normalen und patologischen anatomie derselben. Wiesbaden, 1890.

Klein E. Berichte aus der zudeiten Gebursth. *Gyn. Klinik de Vienne,* 1902. p. 297.

Labusquiere. *Annales de Gynecologie,* 1902, p. 120, No. 4.

Lambinon. Un cas d'insertion centrale du placenta. *Journal d'accouchements de Liège,* 30 Avril 1893.

Lamotte. Traité des accouchements.

Lachapelle (M-me). Pratique des accouchements, tom. II.

Maygrier. Leçons de clinique obstétricale recueillies, par le Dr. Demelin. Paris, 1893.

Maggiar. De la frequence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur et des ses accidents. Thèse de Paris, 1895.

Matheeos Duncan. Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique, traduit par le Dr. Budin, 1876.

Monsiorsky. Etude historique sur l'insertion vicieuse de placenta. Thèse de Paris, 1895.

Pinard. De la rupture prematuré dite spontanée des membranes. *Annal. de gynecol.,* 1886.

— Des hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de leur traitement. *Bulletin medical,* 1-er Avril 1896.

Ribemont, Dessaignes et **Lepage.** Precis d'obstetrique, 1904.

Sippel. Diagnostic des insertions du placenta. *Centr. f. Gyn.,* No. 5, 1894.

Simpson, J. James. Clinique obstétricale et Gynécologique. Traduit. française, par Dr. Chantreuil, 1874.

Stahler. Zwei Fälle von placenta praevia centralis. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Januani 1904, p. 19.

Tarnier et Budin. Traité de l'art des accouchements, tom. III, 1898.

Van Hassel. Placenta praevia central. *Bulletin de la Société belge de Gynecologie et d'Obstétrique.* Bruxelles, 1893.

Vésina. Quelques cas de placenta praevia. *Le bullet. médical de Québec*, 1902, No. 6, p. 286.

Webster C. Two specimens of placenta praevia. *J. of. obst. a gyn. of the Britisch Empire*, 1902, No. 1, p. 272.

Zinke G. Is Caeserien Section justifiable in the treatment of placenta praevia, *The ann., Gyn. a. Obst., J.*, 1901, No. 4.

CRITICI ŞI CRONICI

POVĂŢUIRE 1)

PENTRU

MĂSURILE CISĂ CUVIN, ÎNPRICINA BOALII HOLERA MORBUS

LA

LOCURILE UNDE LIPSEŞTE AJUTORUL DOFTORILOR

Fiind că saŭ ivit incnejia (2) Moldaviei epidimiceasca boală insămnată supt nume de holera morbus. Apoĭ ocârmuirea întrând la îngrijire spre a întimpina acest înfricoşat duşman, au socotit deneapărată trebuinţă apublicarisi următoarele pravile intemiate pe ispite (3) prin carele fieşte care om, leasne poate să să păzească de această boală prin această povăţuire cise dezleagă injos.

Intâiu care sănt sămtomile prin care să insămnează, şi să cunoaşte holera.

2. Cari sănt mijloacile acele spre vindecarea acestii boale, şi în sfărşit.

3. Cari sănt chipurile prin care neam putut păzi de aceasta mai înainte.

---

1) Poveţile acestea au fost găsite de Dr. Alexandru Grosi şi sunt cu atât mai interesante, cu cât s'au dat cu ocazia primei epidemii de cholerá aziatică în Europa.

(2) Principatul, era pe atunci ocupaţia rusască. — (3) Experienţă.

Sipmtomile prin care să însămnează holera:

Cănd bolnavul pătimeaşti de holeră, să cunoaşti, mai vărtos din varsatul şi treapădul acel nicontinit. Materiile, care esă din trănsul, sânt oflegmă apoasă şi tulbure, mai de multe ori fără venin. Să ia însă sama ca mai nainte de ivire sămtomilor de mai sus, urmează o slăbiciune foarte mare, întovărăşită de dureri la deosebite părţi a trupului adecă la vintricel, la păntece, la măni, şi la pieioare pre care bolnavul le simte amorţite. Capul este ameţit greu şi cu mare dureri, pătimind şi de o straşnică sete. După aceasta urmează treapădul, şi varsatul, de materiile pomenite. Mai în urmă vin foarte mari cărcei şi sgărcituri la măni şi la picioare, care să înţepenesc şi să prind. Căte odată boala să începe cu un treapăd apos, fără tăituri şi dureri prin păntece, şi apoi îndată urmează varsatul, după aceasta vine o mare slăbiciune şi bataia vinei (1) conteneşte, încât mai nu să poate găsi. Răciala la toate părţile trupului, ochii să trag în fundul capului, în faţă şi în toate mişcările bolnavului să vede o straşnică stenahorie, şi ferbinţeală înlăutru, pentru care bolnavul să şi jălueşte, că sămte ca o pară de foc în stomah, şi cere ne contenit apă răce. El este cuprins de straşnici cărcei şi de mare slăbiciune, după care nu tărziu urmează şi săvârşirea lui.

Căte odată mai rar, însă, cărceii vin mai întăi şi apoi urmează varsatul şi treapădul. Bolnavul este întru deznădăjduiri că s'ar mai putea îndrepta, când, răceala esă în faţa trupului, şi ajunge până la vintricel încât îi răceşte şi limba, sudori răci sărăvarsă piste tot trupul, pele de pe palme şi de pi talpe să zbărceşti. Cărcei atunci de mai multe ori se pierd, şi durerile continesc înainte morţii de istov, bolnavul zice că îi este mai bine, şi după puţină vreme moare.

Chipurile prin care să vindecă această boală:

Indată ce se va vedea cineva cuprins de această boală, mai înainte de a alerga la doftor, şi mai înainte de a apuca a veni doftorul, trebue să nu piardă vreme, ce să înceapă abea ceaiuri calde, de romoniţa, de mintă, mătăcionă, scorţişoară, nucuşoară, salep, şi crohmală fiartă cu apă. Pentru durerile stomahului şi păntecelui să întrebuinţează oblojăle calde spuză stănsă cu oţet, peteci muiate în apă fiartă cu romoniţă, mintă, pelin, şi alte asemenea opărite cu apă clocotită sau cu vin alb, sau roş.

Dacă durerile vor spori să se pue 10 sau 12 lipitori la stomah şi la păntece.

Pentru durerile, şi cărceii la picioare şi la mâni, este foarte de folos a să freca cu o flanea sau altă cevaş de lână, cu oţet tare, spirt de camforă sau de sopon, sau rachiu cald cu chiperiu, sau cu un spirt făcut mainainte în casă. Adecă una ocă spirt, una ocă oţet, jumătate ocă dohot bun, jumătate ocă muştur pisat, 40 chipăruşi roşi spintecaţi, 24 dram: camforă şi zece căpăţini usturoiŭ vechiŭ, care toate acestea să să amestice la un loc, şi stând la soare, de nu să poate opt zile, macar 24 ceasuri, apoi să să întrebuinţeze pentru frecatul trupului, încât bolnavul să simţească pe piele dureri şi usturime de această frecătură care cu cât se va face mai mult, cu atâta este şi folosul mai mare.

După acestea să se puie bolnavul în feredeu cald, făcut de leşie sau apă caldă cu scuturături de fân şi burueni mirositoare, frecându-să şi în vremea şăderii bolnavului în feredeu cu o flanela, sau cu o perie şi eşind din feredeu să se acopere bolnavul cu oghealu, blană, sau cergi ce va avea, încălzite bine.

Pentru varsat, şi durere de la pântece să să dea bolnavului după vârstă de la 3, 4, 5 până la 10 picături de unt de mintă la tot ceasul până vor începe durerile asă mai micşura. Picături de afion la această întâmplare sunt bune dândusă la fieşte care ceas în ceaiŭ cald de mintă; 5, 10 sau şi mai multe picături după vârstă.

Această doftorie este mai fără primejdie asă da de doftorul Kemat.

Asemenea tot doftorul să hotărască şi pentru luare de sânge cu lanţeta, dacă va socoti de cuviinţă, cum şi celelalte chipuri de vindecare ce sânt pentru această boală, dacă însă cu voinţa lui D-zeu bolnavul să foloseşte, cu pomenitele chipuri, simtomile cele infricoşate a boalei încep a să micşura şi în sfârşit asă pierde; atunci bolnavul începând asă îndrepta, trebuie să se păzască după cuviinţă ca să nu cază în alte boale. La acel ce să îndreaptă folosesc doftorii întăritoare, amară, şi vin bun, însă nu mult.

Chipurile prin care să poate cineva păzi de holeră:

Ca să poată cineva scăpa prin cât să poate de această boală, trebuie să păzască următoarele:

1. Să se depărteze cine-va de a locui în locuri joase, umede, mlăştinoasă, mărşave, şi a lăcui mulţi la un loc, căci din această duhoare ră ce se înmulţeşte, pricinuieşte boală mai cu mari grăbire.

2. Pentru aceasta bine ar fi, ca lăcuitorii, la această vreme de

căldură, și după cum sau făcut și în alte vremi când s'au întâmplat boale, să iasă din satile lor, și până la istovire epidemiei să șadă în colibi, pe locuri înălțate, și uscate.

3. Dacă la vre-o casă sar imbolnavi cine-va, să se mute îndată cei sănătoși pe o scurtă vreme la aceste colibi, pentru ca să se poată curăți casa, și aerisi lucrurile, și dacă să va dovedi că bolnavul pătimește de holeră, atunci să se curățe, și să se văruiască casa, să se spele, să se usuce și apoi să între în trănsele cei sănătoși.

4. Hrana de folos spre această pază, trebuie să fie ne înfeluirită, bine feartă și nu multă. Măncările grele de stomah, precum grasă, aluaturi, brânzuri, unt de lemn, pește, borcină, curechiu, crastaveți, verdețuri necoapte, harbuji, zămoși, înferbântătoare cu multe mirodenii sănt de stricăciune și aduc plecare către această boală, pentru aceia dieta este una din ceale mai folositoare kipuri de pază, așa dar această dietă să cuprinde în kărnuri ușoare de vacă, de miel, de găină, și pui de găină.

5. Băutură multă de vin, de rachiu, și alte băuturi înfierbântătoare sânt de stricăciune, beția mai vărtos este ră fiind dovedit că pe unde aŭ fost holeră bețivii cei întâi saŭ jărtfit.

6. Kurățenia straelor și a lăcuinții este bună de pază, pentru aceea trebue adesă ori skimburi în straie, kasă kurată. aerisită ades, și afumată de 2 sau de 3 ori pe zi cu cărămidă stănsă cu oțe., sau să se stropească cu apă de klor, feredeaile sănt de folos asă face și de două ori pe săptămână.

7. Liniștirea sufletului, și ne temerea sânt foarte bune pentru scăparea de această boală, mânia este foarte de stricăciune.

8. Asemenea demineața sănu iasă cineva din kasă ku stomahul deșărt, ci să beae un păhăruț mik raku de anison, sau de mintă cum și puțin vin vechiŭ, este de folos,

9. Să se păzaskă de răceală atot trupului și mai vârtos apicioarelor, și apântecelui, și de adormi cineva noaptea afară ma vârtos kând va fi frig.

10. Viețuirea kurată, și înfrânare, sânt de bună pază.

Intocmai după uriginal.

LUNA MEDICALĂ

Bacteriologie

DOPTER. — **La sérothérapie antimeningococcique.** *(Annalles pe l'Institut Pasteur.* No. 2, 1910 p. 96). — Flexner ca şi Kole şi Wassermann prepară un ser antimicrobien şi antiendoxic în acelaş timp, făcând injecţiuni alternative sau pe căi diferite, cu corpi microbieni vii şi morţi, precum şi cu extracte autolizate. El văzând că serul antimicrobien este şi antiendoxic, face injecţiuni intravenoase numai cu corpii microbieni morţi la început, culturi vii pe gelosă mai în urmă. Căci reacţionează puternic thermic (41°), reacţiune, care nu durează de obiceiu mai mult de 24 ore; mai grave sunt însă fenomenele de anafilaxie, destul de frequente şi a căror intensitate variază de la o simplă pareză a trenului posterior până la fenomenele mortale, cari evoluiază în 10—20 minute.

Proprietăţile biologice ale serului constau în: 1) aglutinine specifice şi coaglutinine pentru pseudo-meningococi; 2) precipitine, cari se evidenţiază şi cu extracte de pseudo-meningococi; 3) amboceptori specifici; 4) puterea opsonizantă a serului mult mărită faţă de aceea a serului normal; 5) proprietăţi antitoxice, cc. ser neutralizează de 5 ori doza mortală; 6) acţiune preventivă şi curativă asupra meningitelor cerebro-spinale a maimuţelor.

Ca rezultat therapeutic, injecţiunile intrarachidiene de ser, au făcut să diminue mortalitatea indivizilor atinşi de meningită c. r. cu mai mult de 30%; efectele serului se resimt chiar după 25 ore, când pe lângă o amendare vizibilă a tuturor fenomenelor, temperatura cade sau brusc sau în lisis; paralel se constată o modificare radicală a lichidului c. r. care treptat îşi inlocueşte formula polinucleozică cu alta limfocitozică, meningococii dispar etc. Cantităţile de ser variază după gravitatea cazurilor, repetindu-se injecţia ori de câte-ori se observă o recrudescenţă a fenomenelor meningee.

M. C.

ET. BURNET. — **Diphtérie expérimentale chez le chimpanzé.** *(Annalles de l'Institut Pasteur.* No. 21.910, p. 114). — Maimuţele inferioare sunt complect refractare la difterie, dată sub formă de culturi sau false membrane, fie că mucoasa era intactă, fie că era traumatizată prealabil. Şase din 17 cimpanzei capătă difterie dacă se badijonează cu falşă membrana difterică mucoasa bucală sau nazală, cea bucală numai dacă a fost traumatizată prealabil. Boala experimentală constă într'un simplu exudat cenuşiu pe o mucoasă roşie inflamată. Nu se obţine nici-odată o modificare a epiteliului local în sensul formărei unei falşe membrane. Incubaţia între 7 şi 14 zile.

Fenomene generale (temper. etc.) nule, afară de un singur cimpanzeu, care era în stare de mizerie fiziologică, înainte de inoculare şi la care s'a constatat o generalizare a bacililor şi leziuni caracteristice în capsula suprarenală. Nu există imunitate locală nici sensibilizare la badijonări repetate. Intr'un caz, când fenomenele locale erau complect negative, s'a izolat bacilul lui Löffler din gura cimpanzeului chiar după 14 zile. M. C.

AGATA. — **Sur la vaccination anticharbonneuse par des bacilles très virulents préalablement mélangés dans le bouillon-culture du bacille pyocyanique.** (*Annalles de l'Institut Pasteur*, No. 41.910, p. 330). — Pane reuşeşte să vaccineze epurii contra cărbunelui cu amestec de cultură de piocianic şi cultură virulentă de cărbune. A. capătă rezultate încurajătoare, deşi fără succes imediat pe oi, a căror sensibilitate la infecţiunea cărbunoasă este mult mai mărită. Faptul se datoreşte acţiunei lipoizilor din piocianază şi se demonstră lucrul de oare-ce a obţinut aceleaşi efecte asupra cărbunelui, cu o substanţă extrasă prin alcool etilic 95⁰ din culturile de pirocianic. M. C.

E. SERGENT et HENRI FOLEY. — **Recherches sur la fièvre récurrente, et son mode de transmission, dans une épidémie algérienne.** (*Ann. de l'Institut Pasteur,* No. 51.910, p. 337). — Se apropie ca simptomatologie mai mult de forma europeană, deosebindu-se de Tick-feaver atât ca formă morbidă, cât şi mai ales ca complicaţiuni, cari lipsesc aproape în această formă, afară de epixtaxe rebele şi prelungite la unul din bolnavi după fie-care acces. Foarte benignă, toate 42 cazuri s'au vindecat. Examinat sângele înainte de apariţia sudorilor critice, se găseşte în mod constant spirilul cu capetele subţiate, mobil, cu mişcări de cârcel, de ondulaţie şi translaţiune, având o lungime până la 24 m. Coloraţie uniformă cu Giemsa; pe măsură ce boala înaintează se înmulţesc, se adună în fasciculi împletindu-se şi înainte de criză se văd chiar pachete de spirili, cari de multe-ori se prezintă cu un aspect granulos şi vacuolar. Nu să văd spirili fagocitaţi în sângele periferic, nici în globulii roşii; polinucleoză în timpul perioadei febrile; mononucleoză în apirexie; experienţele de transmisiune la animale, pozitive, numai pentru prima trecere de la om la maimuţe, la câine sau la guzgani, fără ca să se poată obţine treceri succesive. S'a putut căpăta o serie de 4 treceri numai, servindu-se de şoareci sugaci fără ochi: epurele, cobaiul, găina sunt refractari. Incercările de imunizare cu sângele animalelor vindecate au arătat că este o diferenţă între spirilul algerian şi rus: serul unui animal cu spiriloză rusă nu prezervă un animal infectat cu spiriloză algeriană, şi contrariul. Ca date epidemiologice mai importante: rolul insectelor (argaşii, păduchii etc.) în transmisiune este evident, pentru păduchi boala predomină în sezonul rece, dispare în timpul căldurilor verei. Complimentul cercetărilor experimentale îndepărtează dintre factorii vectori: ploşniţele, ţânţarii şi purecii. M. C.

A. AUBERT, P. CANTALOUBE et F. THIBAUT. — **Une épidémie de fièvre de Malte dans le département du Eard.** (*Annalles de l'Institut Pasteur*, No. 51.910,

p. 376). — In 1909 se ivește o epidemie, care se prezintă din punct de vedere morbid că o boală febrilă, de lungă durată și în cari diagnosticul diferențial îndepărta una câte una: febra tifoidă, gripă, congestia cronică a ficatului etc. In timpul convalescenței făcându-i-se aglutinarea, s'a diagnosticat febra de Malta. Căutându-se origina, s'a găsit că în 1908 — 1909, se ivise o boală printre capre, cari între alte simptome, aveau mai ales avorturile. Boala fusese adusă printre capre, odată cu introducerea caprelor Malteze din America în Sicilia, de la capre prin contact direct boala a trecut la cele-l'alte animale domestice, afară de o pisică și un cobai. M. C.

R. S. WILLIAMS, H. I. MURROY and c. RUNDLE, FURTHER. — **Researches cito the bacteriolog of epidemi summer diarrhee.** *The Lancet,* 3 Septembre, 910 p. 730.) In 28 din 40 de cazurie de diaree epidemică infantilă, autorii au izolat, din fecale, sânge, (scos din inimă curând după moarte) sau din fragmente de organe, (splină, ficat, mucoasă intestinală), două grupe de microbi din clasa paratificului B: Unul e indentic cu b. suipestifer, celalt nu e de cât b. paratific F, pe care autorii l'au descris încă din 1907 într'un caz mortal de diaree infantilă. Acest e un bacil scurt, mobil ciliat; nu ia gram; nu produce nici o schimbare în laptele turnezolat, (în culturile vechi de cel puțin de 2 săptămâni, apare o ușoară alcalinitate), dă naștere la gaze, în medii cu maltoză, dulcită, sorbită, manită, glucoză, arabinoză, nu și în cele cu lactoză, zaharoză, rafinoză, salicină, inulină sau galactoză; e virulent pentru animalele obișnuite de laborator, produce diaree și chiar moarte când se adaogă în hrana cățeilor de lapte; culturile pe bulion glucozat cu neutral roth sunt fluorescente. Nici suipestiferul, nici paratificul F. nu sunt aglutinate în proporție de $1^0/_0$ nici de serul antitific, nici de antiparatificul A. dar sunt aglutinati de S. antiparatif. B. și F. și de S. antisuipestifer la limita titlului (+ 3000). Aceste trei din urmă grupe nu se disting una de alta prin proprietățile aglutinante, dar se deosebesc destul de bine prin reacția de absorbțiune: o cultură de 24 ore pe agar adăugată la o diluție de $^1/_2{}^0/_0$ ser (corespunzător or cărui grupe) se bate bine 4 ore, se centrifugează 12 ore. Lichidul de centrifugație al amestecului din cele 3 antiseruri cu bacilul corespunzător, își pierde puterea aglutinantei pentru câte și treile grupuri. Absorbind cu parat B. serul antip. F. și antisuip, nu-și perd aceste din urmă puterea aglutinantă de cât pentru paratif. B. Își pierde orice putere aglutinantă (pentru toate grupele) lichidul de centrifugație al amestecului ser antisuip. + b. parat. F.; în fine amestecul b. suip. cu unul din serurile celorlalte două grupe, nu-și perde puterea aglutinartă de cât numai față de b. suipest. Se vede deci că parat F. se apropie mai mult de b. suip. de cât de parat. B. Aglutinația e considerată positivă numai când se face ca o diluție de ser mai mare cu $^1/_{200}$. E mai pronunțată în stadiile înaintate ale boalei.

DĂNULESCU.

R. W. PHILIP și A. E. PARTER. — **Tubercle bacilli in the faeces in tuberculosis.** *(The British Medical journal* Iulie 23 910. p. 184). Anul trecut Wilson și Rosenberger au publicat, în Amer. journ. of. Med. sci., un articol în care susțin că au găsit bacili tbc. în scaunele a o sută de bolnavi cu tuberculoze pulmonare chiar în prima perioadă și în 21,5$^0/_0$ din 1033 de indivizi clinicește normali. Klose totdauna găsește b. tbc. în scaunele bolnavilor cu bacili în spută.

Ph. şi P. servindu-se de scaunele a 109 indivizi, după metoda dată Ulenhuth şi Xylander (pentru spută) au găsit bacili la 33 din 34 de bolnavi cari aveau bacili şi în spută, la 29 din 42 de tuberculoşi fără bacili în spută şi la 17 din 24 cari nu expectorau dar aveau semne nete de tbc.; au avut numai resultate negative la 9 indivizi normali şi la unul cu peritonită bacilară. Nici unul din cei cu rezultate pozitive n'aveau nici o lesiune intestinală. Examenul scaunelor, la indivizii suspecţi, au deci o foarte mare valoare, mult mai mare ca examenul sputelor. N'au putut nici odată să cultive bacili din scaune din cauza marelui număr de spor.

Tehnica: $^1/_2$ cmc. de materii fecale se pun în 20 cmc. antiformină 15—20%, se bat bine, se lasă o oră în repaus. Sedimentarea se face în 3 straturi: unul lichid gălbui dasupra, altul format din grăunţe de materii fecale neemulsionate la fund şi al III la mijloc alburiu, uniform, în care se găsesc nealteraţi b. tbc. Pentru examen se ia o picătură din acest strat se pune la capul unei lame peste o picătură din soluţie conţinând $^1/_{10}$ albuş de ou la care s'a adăugat 1% formalină şi 90 cmc. apă distilată. Se întinde pe lamă şi se colorează după metodele cunoscute.

De obicei b. sunt rari, trebue deci căutaţi cu băgare de seamă, multă vreme, în mai multe lame şi chiar în scaunele din 2-3 zile consecutive. **DĂNULESCU.**

Pathologie experimentală

L. NÉGRE. — Quelques recherches sur le cancer spontané et le cancer expérimental des souris. (*Annales de l'Institut Pasteur*, No. 21910, p. 125). Cercetările făcute pe mai mult de 12.000 animale, motivează concluziunile foarte juste ale autorilor în ce priveşte acest dublu mod de inoculare. In crescătoria d-lui Dr. Borrel, numărul şoarecilor canceroşi (cancer spontaneu), se măreşte din ce în ce; 0.6% în 1907—1908, se ridică la 2% în 1908—1909, probă evidentă de contaminare. Regiunile cele mai infectate sunt axila şi regiunea inguinală, locul obicinuit al ectoparaziţilor, cari mai ales se înmulţesc toamna şi primăvara când şi numărul şoarecilor canceroşi prezintă un maximum.

Incercările de inoculare pe cale digestivă, au fost complect negative; insuccese de asemenea în urma încercărilor de infecţiune cu injecţie de ţesut canceros şi excremente de şoareci canceroşi. Tot atâtea probe pentru teoria parazitară şi rolul ectoparaziţilor în întinderea cancerului.

D. Borrel şi în urmă Wenyon au găsit în cancerele neulcerate forme spirilare în mai mult de 20% din cazuri. Incercările de contaminare spontanee făcute pe 234 şoareci spirilizaţi anterior, au dat un procent de 4.2%, pe când martorii 392 nespirilizaţi numai a 5%. Spiriloza deci se pare că nu e indiferentă în întinderea cancerului spontaneu, fapt analog cu legătură între cancer şi sifilisul omului.

Cunoscut e că diferitele varietăţi de şoareci dau procente diferite în grefarea cancerilor, faptul ar ţine între altele de regimul alimentar. Incercând acţiunea diferitelor săruri asupra şoarecilor, cărora li se făcuse grefe, constată că NaCl, dat în cantitate mai mare micşorează procentul succeselor cu aproape 40%. După cum şoarecii se aclimatizează în acelaş fel, organizmul se adaptă regimului salin, aşa că acesta să nu mai influenţeze grefa cu timpul. Şoarecii aclimatizaţi cu NaCl dau un procent mai mare de grefe pozitive pe şoarecii aclimatizaţi cu NaCl, tumorile de la aceşti şoareci prind mai puţin pe şoarecii aclimatizaţi cu Ba Cl, de cât pe cei aclimatizaţi cu NaCl.

Potasiul indiferent sub ce formă *favorizează foarte mult grefarea cancerului;* ceea-ce arată că trebue multă prudenţă în aplicarea IK şi ClO^3k în tratamentul leziunilor bucale indoelnice între sifilis şi cancer. Analiza chimică a tumorilor provenind de la şoarecii supuşi unui regim salin arată: apă 81% invariabil; NaCl rămâne neschimbat, proporţia de potasiu de asemenea invariabilă; prezenţa Ba nu se constată în tumori.

M. CIUCĂ.

CH. NICOLLE. — **Recherches expérimentales sur le typhus exanthématique entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis pendant l'année 1909.** (*Annales de l'Institut Pasteur*, No. 41910). Inoculările directe făcute cu sângele bolnavilor în plină erupţie la maimuţele inferioare: macacus cynonmolgus, synicus au fost negative; cercetările ulterioare însă au demonstrat că sângele, provenind de la mac. syn. este virulent, fără ca animalul să prezinte vre-un fenomen morbid. Incercările făcute pe şimpanzeu au fost nete: 1 cc. sânge de la un bolnav cu tifus exantematic, formă uşoară, inoculat sub pielea unui şimpanzeu tânăr după o incubaţie de 24 zile, îi dă boala cu simptomele identice ca la om: temperatură, erupţie localizată la faţă şi urechi în primele zile, generalizată mai în urmă, caşecsie profundă, moarte după 7 zile. Cu sângele şimpanzeului, inoculând un macacus sinicus, reuşeşte să-i dea o boală mai uşoară cu o incubaţie de 13 zile; ceia-ce arată că virusul a căpătat calităţi infectante, cari nu erau constatate, când se inocula mac. syn. cu sânge, luat direct de la om. Continuându-se trecerile prin macacus synicus, la a 3-a trecere, perioada de incubaţie aproape nu există, animalul înbolnăvindu-se imediat după injecţie: faptul nu ţine însă de exagerarea virulenţei. Trecerile de la mac. synic. la mac. cynomolgus n'au reuşit nici într'un caz. Acelaş rezultat negativ la un mac. rhesus. Cânele şi gusganul inoculat cu sânge de la mac synic. au rămas de asemenea indemni de tifus. Incercările de infecţiune prin purici au reuşit foarte bine la mac. synic. In afară de imunitatea naturală pe care am văzut-o din cele relatate mai sus, nu s'a constatat în mod neted o imunitate câştigată. Serul convalescenţilor de tifus inoculat la maimuţe este toxic şi nu dă imunitate pasivă.

Foarte importante, leziunile aparatului leucocitar, cari sunt identice la om şi maimuţele infectate experimental. Leziunile se întâlnesc în mod constant în polinuclearele neutrofile, constând într'o fragmentare a nucleului şi apariţia concomitentă în protoplazma, care se colorează din ce în ce mai intens, de granulaţiuni cu reacţiunile de coloraţie a nucleului. Incepând de la a 3-a zi de boală, modificările ţin până în a 8-a zi, când se iveşte o reacţiune mielogenă intensă. Ca şi dr. Slătineanu şi Gălăşescu, găsesc mononucleoză în perioada de stare şi o uşoară diminuare a numărului globulilor roşii în a 12-a zi de boală.

M. CIUCĂ.

H. MILIAN. — **Hypodermo-tuberculose séro-fibrineuse.** (*B. M. Soc. Méd des hôpitaux*, No. 22, 1910, p. 18). In urma unei înţepături cu un instrument infectat odată cu cicatrizarea ranei, se iveşte un edem alb, moale, care se întinde până la gâtul mânei, prinzându-se şi ganglionii axilari corespunzători. Incizat se scurge un lichid, citrin, care tuberculizează cobaii în 6 săptămâni. Intr'un al doilea caz leziunea tuberculoasă locală a urmat unei infecţiuni stafilococice. In ambele cazuri o infecţiune a epidermului de natură tuberculoasă, în totul asemănătoare pleureziei acute serofibrinoase. M. C.

THIROLOIX et JACOB. — **Diabète pancréatique expérimentale sans amaigrissement.** *(S. M. Soc. Méd. des hôpitaux*, No. 22, 1910, p. 29). Autorii au realizat un diabet pancreatic experimental fără slăbire şi cu toate simptomele unui diabet gras, rezecând treptat din pancreas şi păstrând până la ultima rezecţie porţiunea cu canalul lui Wirsung, aşa că în total animalul rămăsese cu 5 grame de pancreas, care conţinea o porţiune din canalul accesoriu. Imediat în a 5-a zi apare glicozuria, polifagia, polidipsia etc., pierde între 500 şi 700 grame, zachăr de la 4—8$^0/_0$, era 16—22 gr. $/_{1000}$, omul urmând un regim exclusiv de carne. M. C.

MAURICE LOEPER. — **Ulcères et perforations multiples de l'estomac par injections intraveineuses d'extraits gastriques.** *(B. M. Soc. Méd. d'hôpitaux*, No. 22, 1910, p. 31). Pentru a căpăta un ulcer experimental, autorii anteriori asociau agentului bio-chimic şi un agent mecanic, care să producă o mică escoriaţiune a mucoasei. L. capătă ulcere experimentale numai prin injecţiunea de extract apos de mucoasă gastrică de porc; după 3 zile (câte 6 ctm.), hipersecreţie gastrică foarte evidentă şi ulceraţiuni în totul asemănătoare ulcerului rotund. E neted că e o leziune datorită direct hipersecreţiei glandulare. Observaţia mai arată că în doză slabă maceratul de mucoasă gastrică e un bun escitant al secreţiunei gastrice, care dacă, e prea exagerată dă leziuni însemnate ale mucoasei. M. C.

M. CH. RICHET (Fils). — **Phénomènes postaphyxiques.** *(Archives de médecine expérimentale)*. Turburările fiziologice mari în organism, turburări, care se ivesc în urma alteraţiunei structurei unui organ, sunt însoţite de alte turburări secundare, şi care nu depind direct de organul lezat.

Intr'o ocluzie intestinală, pe lângă simptomul propriu zis al ocluzei, mai sunt turburări infecţioase, toxice, nervoase, secretorii.

In multe afecţiuni nu s'a analizat profund şi nu s'a despărţit simptomele importante de cele secundare, consecutive celor dintâi. In afară de pildă s'au concentrat spre explicaţie toate privirile asupra lipsei de oxigen şi asupra prezenţei prea mari de acid carbonic în organizm.

Cu toate că oxigenul poate fi întrodus în cantitate destul de considerabilă într'un organism, — care fiind asfixiat, nefiind mort încă, — totuşi animalui moare şi aceasta din cauza toxinelor care au luat naştere în organismul pe cale de asfixiare; aceste substanţe în stare normală, pe cât timp se şi formează în tesuturi prin dezasimilaţie pe acelaşi timp se şi oxidează de oxigenul veşnic înoit. Nefiind oxigenul, ele rămân în organism şi determină turburări grave.

In experienţele făcute pe câne, autorul a observat, că un câne pe cale de a muri asfixiat, se readuce la viaţă prin oxigenare; mai târziu însă poate mari, prezintând turburări psihice ca torpoare, motore, ca: contracturi, convulsiuni, titubaţie, etc., turburări bulbare ca: dispnee, sialoree, vărsături. A mai constatat că un organism asfixiat, e mai senzibil la o a doua asfixie. Prin urmare anoxemia dacă dă turburări imediate, consecutiv ei se pot întâmpla turburări şi mai grave. N. L.

P. JEANDELIZE et J. PARISOT. — **La pression artérielle après la Thyroidectomie chez le Lapin.** *(Journal de Physiologie et Pathologie générale).* Influenţa corpului tiroid asupra presiunei arteriale este discutată; pentru unii ca Livon, extractul tiroidian are influenţă hipertensivă, pentru alţii ca Oliver, Schaeffer, Gley, Langlois, ar avea o influenţă hipotensivă.

Jeandelize şi Parisot au căutat să vadă ce se întâmplă cu presiunea arterială la epurele tiroidectomizat. Au luat mai multe perechi având pentru fie-care epure tiroidectomizat şi unul normal, şi au constatat, că ori-care ar fi fost vârsta animalului tiroidectormizat, cât şi distanţa de la timpul operaţiei, toţi prezentau o *hipotensiune*; tensiunea o luau cu ajutorul unui manometru introdus în carotidă. Mai mult, cercetătorii observară, că unul din epurii tiroidectomizaţi avea o tensiune arterială aproape ca şi a martorului; remarcară în urmă că nu i se extirpase toată glanda tiroidă.

Autorii au căutat în urmă să vadă ce influenţă are serul animalelor tiroidecmizate. Injectând acest ser, au observat că animalele injectate aveau hipotensiune.

Autorii se întreabă, dacă nu-i vre-o legătură între această hipotensiune şi lipsa de adrenalină din ser la animalele tiroidectomizate, fapt constatat de J. Bruckner.

N. L.

Medicină internă

THOMAS LEWIS.—**Fibrilaţiunea auriculară şi relaţiunea sa cu neregularităţile clinice ale inimei.** *Heart*, vol. I, No. 4. Lucrare excelentă de 66 p., conţinând cercetări foarte interesante clinice şi experimentale. Cum chestiunea este relativ nouă şi articolul compus exclusiv din cercetări originale, este nevoie de o analiză detaliată.

In ultimul timp cercetările asupra ritmului cordului în stare patologică au stabilit mai multe clase de aritmie, dintre cari forma cea mai frequentă este *aritmia completă,* descrisă de Hering în 1903, sub numele de *pulsus irregularis perpetuus* şi incorporat de Mackenzie în *ritmul nodal.*

Cercetările lui Lewis se întind asupra acestei forme de aritmii. Din 114 cazuri de aritmie, 50 % erau forma completă, restul erau aritmii fie prin extrasistole auriculare sau ventriculare, aritime sinusală, aritime datorită blocajului cordului şi tachicardie paroxistică.

Incă din 1902 *Mackenzie* în Studies of the Pulse a descris forma de aritmie completă caracterizată prin:

1. De cele mai multe ori acceleraţie a contracţiunei cordului;
2. Un puls extrem de neregulat, în care diferitele pulsaţiuni sunt aşa de variabile în cât pe întindere mare nu găsim 2 pulsaţiuni cari să semene;
3. Lipsa de relaţiune între mărimea pulsaţiunei şi momentul în care apare sau pauza care o precedă;
4. Dispariţia ori-cărui semn de activitate auriculară şi anume; dispariţia suflului presitolic în caz de leziune mitrală (cazurile cele mai frecuente), dispariţia ondulaţiunei *a* din traseul jugular. (1)

---

(1) Mackenzie descrie 3 ridicături în traseul jugular normal: 1) ridicătura *a* datorită contracţiunei auriculului care procedă cu 0″,2; 2) ridicătura *c* transmisă de la carotidă după Mackenzie, datorită întinderei brusci a valvulei tricuspide după Bard. Ridicătura *c* corespunde cu pulsul carotidian, sau îl precedă cu $^1/_{100}$″ după Bard; 3) ridicătura *v*, datorită umplerei auriculului drept în timpul sistolei ventriculare.

5. O formă de puls venos (formă ventriculară) caracteristizată fie printr'o singură ondulaţiune cu platou începând odată cu sistola ventriculului sau odată cu pulsaţiunea carotidică, fie prin două ondulaţiuni separate printr'un şanţ, prima începând odată cu contracţiunea ventriculului sau cu pulsul carotidic, a doua la finele sistolei ventriculului. In toate formele însă ondulaţiunea *a* lipseşte de la locul său normal sau lipseşte complet.

In primul său tratat Mackenzie consideră aritimia completă ca datorită unei paralizii auriculare. Mai târziu acest autor revine şi crede că forma ventriculară a pulsului venos poate fi produsă de doi factori: de paralizia auricului şi de o schimbare a punctului de plecare a contracţiuni cardiace.

In stare normală contracţiunea cardiacă începe la orificiul venelor mari şi este condusă la auricul şi de aci prin banda auriculo-ventriculară la ventricul.

In aritmia completă punctul de plecare al excitaţiunei ar fi la unirea auriculului cu ventricuiul, în aşa numitul *nod auriculo-ventricular* al lui *Tawara*, de unde numele de *ritm nodal*.

In articolul prezent *Lewis* caută să demonstre că aritmia completă nu este datorită nici unei paralizii auriculare, nici unei schimbări în sediul punctului de plecare al contracţiunei, ci unui fenomen care se poate reproduce şi la animale prin excitaţiuni faradice: *fibrilaţiunea auriculară*. Argumentele pe cari se bazează autorul sunt destul de convingătoare.

Etiologie. Din cercetările sale făcute pe 73 de cazuri, s'a găsit în antecedente rhumatism sau choree în 26.

De altă parte din 72 de cazuri de stenoză mitrală, 15 erau asociate cu aritmie completă.

Simptome. In general bolnavi n'au mari turburări în intervalul atacurilor de aritmie completă. Când atacul începe bolnavul simte palpitaţie, opresiune; într'un caz a observat un acces tetaniform.

Paroxismele vin brusc şi durează câte-va ore sau mai multe zile, săptămâni sau luni.

Pulsul radial este extrem de variabil. In general repede, puţine cazuri rar. Neregularitatea este mai marcată când există tachicardie.

Sunt două caractere principale ale pulsului radial în aritmie completă:

1) Nici odată în timpul accesului pulsul nu este regulat, şi extrem de rar găsim două pulsaţiuni cari se succed, cari să semene.

2) Nu se poate stabili nici o relaţiune între amplitudinea pulsaţiunei şi pauza precedentă, cum aceasta se întâmplă în aritmia prin extra-sistole, de exemplu:

Pulsul jugular este de forma ventriculară descrisă de Mackenzie. Linia ascendentă corespunde cu c, iar linia descendentă cu capătul liniei descendente din cardiogramă sau ceva mai departe de ondulaţiunea negativă din pulsul carotidian (dicrotic notch) sau mai exact cu ondulaţiunea negativă din pulsul radial.

Poate exista sau forma ventriculară bifurcate sau forma în platou. In general cu cât accesul de aritmie este mai scurt, cu atât depresiunea între cele două ondulaţiuni este mai pronunţată, şi cu cât accesul durează mai mult şi este deci stază mai mare în cordul drept, cu atât această depresiune se micşorează, până ce dispare. In cazurile cu accese foarte lungi nu există de cât o singură undă care are partea superioară în formă de platou.

De asemenea pulsul jugular bifurcat şi sub formă de platou pot alterna în mod variabil, de cele mai multe ori forma primă corespunzând cu contr.-ventricul. tari, a doua cu contr.-slabe.

Părerea că forma ventriculară a pulsului venos este datorită paraliziei auriculului, trebue să fie abandonată, de oare-ce această formă poate exista fără paralizie auriculară.

Caracterul important al pulsului venos este dispariţia de la locul său normal a ondulaţiunei *a*, datorită în stare normală contracţiunei auriculare.

Lipsa acestei unde este datorită paraliziei auriculului sau ritmului nodal? Autorul combate aceste păreri şi admite că auriculul se contractă în mod fibrilat, dând naştere, în loc de o singură oscilaţiune, la numeroase mici ondulaţiuni.

In afară de ridicătura principală sistolică din pulsul venos, sub formă de platou, sau bifurcată, în timpul distolei ventriculare există în pulsul jugular 3 feluri de ondulaţiuni:

a) o ondulatiune largă, ocupând une-ori cea mai mare parte din diastolă şi care este datorită umplerei cordului drept în timpul diastolei. Ea apare mai ales când ritmul este rar.

b) o ondulaţiune mică, aşezată la finele diastolei şi care a fost descrisă de Hirschfelder şi în pulsul jugular normal (auricular), şi care este datorită unei ocluziuni parţiale şi temporare a tricuspidei la finele diastolei ventriculare prin sângele, care acumulat în ventricul se interpune valvelor tricuspidei şi peretelui ventricular.

c) ondulaţiunile cele mai importante însă sunt aşezate de-a lungul întregei periodei diastolice, sunt multiple şi foarte mici. Sunt în număr de 350 — 500 pe minut şi sunt atribuite de *Mackenzie* unui defect instrumental, de *Lewis* fibrilaţiunei auriculare, adevărata cauză a aritmiei complete după acest din urmă autor.

Date electrocadiografice. Aceste date au fost obţinute prin derivaţie de la braţul drept la piciorul stâng.

Ridicătura R corespunzând sistole, ventriculare; începe la locul său normal, este însă de mărimi diferite şi arată caracterul aritmic al contr.-ventriculare. Ridicătura T există normală sau deformată, pe când ridicătura P care corespunde în stare normală la contr.-auriculară nu există.

In locul acestei ridicături se observă o serie de mici altele cari sunt demonstrarea electrocardiografică a fenomenului denumit fibrilaţiune auriculară.

Atât caracterul pulsului arterial şi jugular în poligrame, cât şi caracterul electrocardiogramei în aritmia completă, nu există de cât în momentul acceselor. Vedem indivizi cu un puls jugular normal, auricular, schimbându-şi pulsul jugular, la începutul accesului de aritmie completă, în tipul ventricular.

Atenţiunea noastră trebue dirijată asupra auriculului. Schimbările principale se petrec aci.

Acele oscilaţiuni frecuente şi mici nu sunt datorite unei leziuni miocardice, căci ele apar şi dispar prea repede, la începutul şi la finele accesului. Nu sunt de asemenea datorite mişcărilor corpului, cum a pretins Hering, căci ele persistă chiar când individul este imobilizat complet, şi în aceleaşi condiţiuni technice, acelaşi individ nu prezintă aceste oscilaţiuni de cât în timpul accesului de aritmie completă.

Printr'o technică specială, întrebuinţând electrozi determinaţi, autorul a putut să inscrie mişcările auriculului şi ventriculului aparte, şi a constatat că aceste oscilaţiuni nu se observă la nivelul ventriculului ci numai pe traseul auricular.

Oscilaţiunile variază între 400 şi 600 pe minut, apropiindu-se în medie de 500 pe minut.

Oare-cari deducţiuni trase din cercetările clinice. Toţi autorii sunt de acord: contrauriculară lipseşte de la locul său. Care este cauza?

Paralizie auriculară prin stază cum admitea Mackenzie, nu poate fi, de oare-ce sunt cazuri în cari această stază nu există şi de altă parte la autopsie însuşi M. a găsit une-ori hypertrofie a auriculului, ceea-ce nu cadrează cu ideia de paralizie.

De asemenea contracţiunea simultană a auriculului şi a ventriculului prin plecarea excitaţiunii din nodul lui Tawara nu poate fi admisă, caracterele acestei forme fiind cu totul deosebite, cum vom vedea mai la vale.

Auriculul nu este paralizat, din contră este în continuă acţiune, dând naştere la un fenomen care se întâlneşte şi în urma excitaţiunei auriculului prin curenţi faradici la câine şi care se numeşte fibrilaţiunea auriculară.

Cercetări experimentale. Au fost făcute pe câine; fibrilaţiunea auriculului a fost provocată de un curent faradic.

Atât electro-cardiagamele cât şi traseurile jugulare şi arteriale la câine, dau o imagine identică cu acele obţinute la om în timpul accesului de aritmie completă.

Fibrilaţiunea experimentală nu durează de cât câte-va minute la prima excitaţiune faradică, dar se lungeşte din ce în ce repetând excitaţiunile, tinzând să devină permanentă.

Atât în traseurile obţinute după fibrilaţiunea experimentală, cât şi în cele clinice în cazurile de aritmie completă, arată 1) accelerare a bătăilor şi mărirea ridic. R. pe electrocardiogramă; 2) prezenţa de o neregularitate completă, variabilitate extremă a curbei radiale, 5) prezenţa unui puls venos de formă ventriculară, cu rapide ondulaţiuni ale presiunei venoase când ritmul este rar, 6) absenţa undei *a* pe flebogramă, undei P pe electro-cardiogramă şi existenţa unor ondulaţiuni foarte mici pe electrocardiagramă cari ţin locul contr. auriculare P.

Când aceste caractere, mai ales fibrilaţiunea auriculară, nu apar bine la câine, este suficient o excitaţiune a vagului, care provocă bradicardie, pentru a face să apară. Având în vedere această identitate a traseurilor, este raţional să admitem că în ambele cazuri, experimental şi clinic, ritmul particular ţine la aceleaşi fenomene, fibrilaţiuna ariculară.

Fibrilaţiunea auriculară ca entitate clinică. Fibrilaţiunea auriculară a fost descrisă de Cushny şi Edmund care au făcut o apropiere între rezultatele lor într'un caz clinic cu rezultatele experimentate la câine. In 1908 Hirschfelder publică cazuri de tachicardie paroxistică ca rezultat al fibrilaţiunei auriculare; tachicardia paroxistică cu puls venos auricular nu poate fi însă considerată ca datorită fibrilaţiunei auriculului. Intr'un singur caz Lewis a văzut accese de tachicardie paroxistică tip auricular trecând brusc în aritmie completă.

Nu mai poate fi îndoială că neregularitatea completă este datorită fibrilaţiunei auriculare. Luând chiar numai pulsul radial, caracterele importante descrise, sunt suficiente pentru a fi aproape sigur că auriculul este în fibrilaţiune. Singura excepţie este făcută de cazurile de aritmie sinusală pronunţată.

Obiecţiunea că fibrilaţiunea auriculară este un fenomen care nu poate persista atât timp cât durează aritmia completă, nu poate fi de valoare. Auriculul în mecanica circulaţiunei joacă rolul puţin important de rezervoriu, în care se acumulează sângele în timpul diastolei. Lipsa contracţiunei sale normale, nu poate perturba prea mult mecanica circulaţiunei. De aceea vedem cazuri de aritmie completă cari durează mulţi ani (într'un caz 5 ani).

Fibrilaţiunea auriculului şi heart-block. Acţiunea digitalei. Mackenzie a discris sub numele de bradicardie nodală, o afecţiune caracterizată prin bradicardie asociată cu puls jugular de formă ventriculară. Lewis a observat în 3 cazuri, dintre cari în 2 a fost consultat şi Mackenzie, în care era vorba de o bradicardie nodală şi în care autorul a constatat *existenţa unui heart-block cu fibrilaţiunea auriculară*.

Se ştie că mai ales cordul reumatic şi acel cu o leziune mitrală, răspunde la digitală în mod pronunţat şi că medicamentele din grupul digitalei răresc contracţiunile cordului provocând în acelaş timp un oare-care grad de heart-block.

In aritmia completă, cordul răspunde cu intensitate la digitală. Rărirea care se produce în acest caz, este datorită în parte unui heart-block (digitala are acţiune atât asupra vagului cât şi asupra fasciei lui His). Mai ales cordul cu intervalul a—c crescut răspunde în acest fel la digitală Este vorba prin urmare de o exagerare a unei stări uşoare de heart-block premergătoare.

Causa accesului şi duratei fibrilaţiunei auriculare. Fibrilaţiunea trebue să fie considerată ca o stare în care numeroşi stimuli sunt plecaţi din puncte diferite. Incoordinaţiunea fibrelor contractate rezultă din existenţa a numeroase unde, unele simultane, şi producţiunea de mici zone de block.

Se ştie că augmentarea presiunei intra-cardiace este urmată de impulsiun ecitopice (Hering, extra-Sistola). *Lewis* admite că fibrilaţiunea auriculară este determinată de presiunea augmentată în cord, fără însă ca autorul să dea această cauză ca unică. In acest fel fibrilaţiunea auriculară iea naştere în cazurile de stenoză mitrală. Trebuie admis în general că leziuni ale miocardului, mai ales scleroza auriculului şi a bandei lui His poate provoca fibrilaţiune auriculară. (Mackenzie).

Schönberg, găseşte într'un caz o inflamaţiune cronică a ţesutului muscular care uneşte vena cavă superioară cu auriculul. Lewis într'un caz găseşte o scleroză sub endo- şi pericardială.

Se poate admite de asemenea că anemia locală poate provoca contr. anormale ale auriculului, căci se ştie că legătura unei ramure a arterelor coronare, este urmată de extra-sistole. Totuşi este greu de admis o anemie de aşa lungă durată.

Lewis a arătat că în tachicardia paroxistică ritmul este frecuent întrerupt de extra-sistole auriculare, şi autorul admite că aceste contr.-premature pot predispune, chiar provoca, un acces de tachicardie paroxistică de formă auriculară, Autorul se întreabă dacă extra-sistola, care pare că întreţine o iritabilitate exagerată a musculaturei, provocând accesul de tachicrdie paroxistică, nu ar putea de asemenea să provoace un acces de aritmie completă. In intervalul accesului în adevăr a observat des sistole auriculare cari dispar îndată ce accesul a dispărut.

Autorul crede, deşi nu are probe suficiente, că extra-sistola poate predispune la un acces de aritmie completă, iar fibrilaţiunea auriculului ea însăşi întreţine o iritabilitate exagerată a musculaturei care asigură o prelungire a accesului de fibrilaţiune.

In timpul accesului există numai extra-sistole ventriculare, nici-odată auriculare (un caz al lui Hering, 7 ale lui Lewis), iar în urma administraţiunei digitalei, ritmul bigeminat este datorit tot extra-sistolelor ventriculare.

Forme excepţionale. Am văzut că atunci când găsim un puls jugular de formă ventriculară, putem afirma de cele mai multe ori existenţa unei fibrilaţiuni auriculare. Există însă cazuri în cari, din cauza dilataţiunei cordului drept, ondulaţiunea *a* de pe flebogrenă dispare şi totuşi pe electrocradiogramă P există, pe când semne de fibrilaţiune nu sunt. In aceste cazuri pulsul este regulat şi puţin accelerat.

In unele cazuri de tachicardie paroxistică, de asemenea, ondulaţiunea *a* poate dispare deşi pe electrocardiogramă nu există fibrilaţiune.

Deşi aceste cazuri formează excepţiuni rare, totuşi singurul metod prin care putem diagnostica în mod sigur fibrilaţiunea auriculară în toate cazurile este electrocardiografia.

Ritmul nodal al lui Mackenzie. M. pune în ritmul nodal toate cazurile de aritmie completă, cari sunt după Lewis în majoritate datorite fibrilaţiunei auriculare. Adevărat ritm nodal, adică cu treseuri cari demonstră manifest o contracţiune plecată din nodul lui Tawan, este foarte rar după Lewis şi prezintă caractere deosebite de acelea ale cazurilor descrise până aci.

Lewis raportează numai un caz de ritm nodal şi consideră cazul publicat de Rihl în Deutsche Med. Woch. (1907—632) ca analog.

Ritmul în cazul lui Lewis era rar, între 30 şi 70 pe minut. Din când în când numai bolnavul prezinta un acces de tacthicardie paroxistică (135—160 pe minut), în timpul cărora *ritmul era regulat.*

In acest caz faptul că intervalul a—c pe flebogramă şi PR pe electrocardiogramă este prea mic, demonstră că ventriculul nu are timpul să răspundă la excitaţiunea plecată de la auricul şi că ambele se contractau împreună sau aproape. Caracterul cel mai important este unda negativă P pe electrocardiogramă. In stare normală P este dirijat în sus; în acest caz era îndreptat în jos demonstrând că unda contracţiunei în auricul în loc să se facă de sus în jos, de la orificiile venoase către nodul lui Tawan, se făcea din acest punct în sus. Ritmul nodal deci este foarte rar, şi trebue pentru a putea afirma existenţa lui, ca: 1) *a — c* să fie foarte mic; 2) pulsul să fie regulat şi 3) ca P din electrocardiogramă să fie inversat.

DANIELOPOLU

CAMILLE LIAN. — **Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic de l'insuffisance mitrale (la pulsation cardio-oesophagienne).** *(Arch. de mal. de cœur*, 1909, pag. 384). Autorul se întreabă dacă diferitele caractere cari au fost date ca proprii insuficienţei mitrale se găsesc tot-d'auna şi numai în acaastă afecţiune.

1. *Cardiografia.* Tridon, unul din elevii lui Marey, a susţinut că urma cardiografică în insuficienţa mitrală are un caracter aparte, anume că vârful ar fi rotunjit şi amplitudinea mai mică. Din cercetările lui Lian pe 20 de cardiograme, reiese că aceste caractere nu se întâlnesc tot-d'auna în insuficienţa mitrală şi că se găsesc une-ori în alte afecţioni cardiace; rezultă deci că nu formează un semn caracteristic.

2. *Pulsaţiunea radială.* S'a pretins că pulsaţiunea radială este întârziată în insuficienţa mitrală, de oare-ce o parte din sânge trece în timpul sistolei îndărăt în auricul şi este nevoe de mai mult timp pentru ca presiunea ventriculară să întreacă

presiunea aortică. Din cercetările lui Lian la mitrali şi la normali, rezultă că această întârziere variază atât la prima cât si la cea din urmă. Intervalnl dintre contr.-cardiacă şi pulsaţiunea carotidiană a variat între 6 — $12/_{100}$ pe secundă şi la unii şi la alţii.

3. *Pulsaţiunea cardio-esofigiană* înregistrată pentru prima dată de Rosenthal, Meltzer şi Frédéricq. Studiul său a fost reluat în 1906-1907 de Rautemberg, Minkowski şi de Young şi Hewlett.

Pulsaţiunea normală este reprezentată prin trei unde, ca şi pulsul jugular. Prima, negativă, adică dirijată în jos, corespunde contractiunei auriculare, Este dirijat în jos de oare-ce contracţiunea auriculară provocând o diminuare a volumului auricular, produce un vid în esofag. A doua, protosistolică, corespunde cu *c* de pe flebogramă, în fine a treia cu *v* de pe acest puls. Intre a doua şi a treia există o depresiune ce corespunde cu *y* după traseurile lui Myckenzie.

Nici această metodă nu constitue un procedeu *sigur* de existenţa unei insuficienţe mitrale. Totuşi când avem o undă presistolică accentuată şi o atenuare a depresiunei mesosistolice, avem un argument în plus pentru a susţine existenţa acestei leziuni.

Ortodiagrafia. După Bönninger examinând prin radioscpie marginea stângă a umbrei cardiace în insuficienţa mitrală, vedem o pulsaţiune exagerată a auriculului, sincronă cu pulsaţiunea ventriculului şi datorită trecerei sângele din ventricul în auricul. Bordet însă a arătat că această pulsaţiune este datorită arterei pulmonare.

Electro-cadiografia n'a dat încă traseuri destul de caracteristice în insuficienţa mitrală.

Din cercetările autorului rezultă deci că prin nici unul din aceste metode nu putem afirma cu siguranţă existenţa unei insuficienţe mitrale într'un caz dificil.

DANIELOPOLU

A. CLERC ET CH. ESMEIN. — **Étude critique de la pulsation oesophagienne chez l'homme.** *Arch. des maladies du cœur,* No. 1, 1910. Studiu al pulsaţiunei esofigiene în stare normală şi patologică.

Technica este simplă. Un tub de cauciuc, la care se adaptează un mic balon, care se umflă cu o pară Richardson, şi care se introduce 40 cm. de la arcadele dentare. Apoi se retrage tubul până ce levierul temburului inscriptor, care este în comunicare cu tubul, începe să prezinte oscilaţiuni.

Puls esofagian normal. Există trei unde importante separate prin depresiuni.

Unda presistolică (as) este după *Rautemberg* şi *Pace* pozitivă, adică dirijată în sus şi datorită redresări auriculului în timpul contracţiei şi împingerei peretelui esofagian. După Frédéricq, Sarolea şi Minkowski această undă este negativă.

Autorul crede că unda poate fi pozitivă sau negativă după punctul la care este situat balonul.

Sincron cu începutul sistolei ventriculare există o altă undă *protosistolică* (vs), *ventrikelzacke* a lui *Rautemberg,* datorită redresărei valulelor auriculo-ventriculare în cavitatea auriculului. Existenţa sa este unul din argumentele importante de care se serveşte Bard contra lui Meckenzie, pentru a susţine că unda *c* de pe pulsul jugular nu este datorită carotidei.

După această undă există o depresiune mezosistolică datorită retragerei ventriculului și descinderei concomitente a septului auriculo-ventricular.

In fine, sincronă cu sfârșitul sistolei ventriculare, există o undă *telesistolică*, datorită umplerei auriculului în timpul diastolei sale.

In insuficiența mitrală, contrar părerei lui Lian și Rautemberg, nu există modificări caracteristice.

Une-ori lipsește unda *as*. Faptul este datorit după unii paraliziei auriculului în timpul dilatației cordului, sau existenței unui ritm nodal (Mackenzie). După C. și E. această lipsă este datorită împingerei auriculului stâng de ventriculul hypetrofiat sau dilatat.

In diversele arimii studiul nu este făcut în multe cazuri.

In disociația auriculo-ventriculară se observă aceleași modificări ale traseului ca și cele observate pe curbele jugulare și ventriculare.

Ca concluzie, autorii cred că, afară de cazul în care nu putem lua fiebograma sau vrem să cercetăm dacă există hemisistolie, traseul jugular ne dă rezultate mai precise.

DANIELOPOL

KENNETT STOKES. — **Aritmie sinusală asociată cu crize anginoase de tip vaso-motor,** (*Heart* vol. I, No. 4). Sub numele de aritmie sinusală se înțelege o neregularitate a cordului în care întreg organul iea parte la această turburare.

Este vorba pur și simplu de o variabilitate mare a periodei diastolice, atât în curba ventriculară cât și în cea jugulară. De altă parte intervalul a-c este normal.

Acest ritm particular se întâlnește mai ales la o vârstă puțin înaintată (8-15 ani), mai rar la adulți. Se întâlnește la indivizi cari sunt în rest normali și pe cari aceste turburări ale ritmului nu-i supără cât de puțin, la neurastenici sau în convalescența maladiilor febrile, în meningita tuberculoasă. Se observă de asemenea în momentul în care cordul, după o periodă de insuffiсiență, începe să-și recapete forța.

In aceste cazuri respirațiunea are o influență mult mai accentuată de cât în stare normală asupra ritmului. In alte cazuri aritmie nu apare de cât sub influența mișcărilor respiratorii. Acest tip de aritmie numit de Mackenzie *Yonthfoul type of irregularity* spre deosebire de aritmiile adultului provocat de cele ma multe ori de extra-sistole sau de tipul nodal, și denumit de Gerhardt *Resiprtorische Arhytime*, este atribuit unui factor excitant asupra pneumo-gastricului.

Kennet Stokes descrie un caz interesant de aritmie sinusală, venind atât sub influența respirației, cât și fără acțiunea ei, la un *adult* de 36 de ani, cu un puls de 45 pe minut, neregulat prin pauze la fie-care 2-3 pulsațiuni.

Aceste pauze măsurau dublu cât o pulsațiune normală, ceea-ce face raritatea acestui caz, de oare-ce de obicei în acest fel de aritmie pauzele sunt neregulati variabile.

Intervalul a-c era normal.

Acest bolnav prezinta și accese de angină de piept, venind în fie-care zi, întrerupte însă une-ori prin periode de mai multe săptămâni. In timpul acceselor, pulsul se ridica la 110—140 și tensiunea de la 110 la 170.

Este vorba de o excitațiune a vagului sau de un bloc sino-auricular parțial adică o întrerupere a conducerei excitațiuni de la sinus la auricul? Autorul nu tranşează chestiunea. Faptul însă că prin tinctura de beladonă, care paralizează terminaţiunile pneumo-gastricului pulsul s'a accelerat la 100, arată influenţa vagului asupra ritmului în acest caz.

DANIELOPOLU.

EWALD. — **Das Pantopon-Sahli** *(Berliner Klin. Woch.* No. 35—910). Pantoponul este un preparat al lui Sahli de la Berna, care conţine toţi alcaloizii opiului sub formă de chloruri solubili, repede resorbabili.

Cercetări experimentale pe câine şi iepure, au fost făcut de Rodari, care a arătat că pantoponul are o acţiune narcotică puternică. Această substanţă excită secreţiunea digestiunei şi dimensiunea motilităţei stomacului şi intestinului.

Se vinde în soluţiune de 2% şi se întrebuinţează de obicei ½—1 cc. din această soluţie, se găseşte de asemenea în comerţ sub formă de pastile conţinând 0,01 ctg. pantopon.

In general Ewald a avut rezultate excelente cu pantoponul.

La unii bolnavi ai săi morfina s'a arătat inferioară pantoponului. Intr'un caz de tabes incipient de exemplu, cu dureri fulgurante interne, 1 centigram de pantopon a făcut să dispară durerile, pe când cantităţi mai mari de morfină nu mai aveau efect.

Interesant este un caz de diabet, în care după administrarea de 2 tablete de pantopon zilnic, timp de 15 zile, glucoza a scăzut de la 7‰—10‰ cc., la 3%.

DANIELOPOL.

ROCHON-DUVIGNEAUD et BAILLARDAT. — **Note sur la rétinite néphrétique.** (*D. M. Soc. Méd. des hôpit.* No. 22, 1910, p. 35). Turburările retiniene în nefrită, arată o stare îngrijitoare şi în adevăr examenul pieselor, provenind de la nefritici cu turburări retiniene, arată în mod constant leziuni însemnate ale rinichiului, retinei şi cordului, cele-l'alte organe, fiind de cele mai dese-ori indemne de ori-ce leziuni.

M. C.

HAROLD UPCOTT. — **Iso-haemolysis in relation to cancer.** *(The Lancet* 3 Sept. 1910, p. 720). U. A găsit isohemolitic serul numai de la 17 canceroşi din 34 câţi a examinat, (2 result. îndoelnice). Mai ales cancerile intestinale, cele formate din celule rotunde sau cilindrice dau rezultate pozitive. Rezistenţa globulară a găsit-o crescută în jumătatea cazurilor. 4 din 8 seruri de la tuberculoşi conţineau izohemolizine în cantitate mare (unul îndoelnic) şi numai 2 din 27 de la indivizi cu alte boli (3 îndoelnice). Toate serurile litice sunt şi aglutinante, inversul nu e adevărat (Dudgeon), şi hemo-aglutininele, şi hemolisinile se fixează pe celule la frig ambele sunt termostabile, dar cele din urmă nu lucrează de cât în prezenţa complimentului, hematiile dintr'un sânge cu ser hemolitic rezistă în general la acţiunea unui alt ser hemolitic, rezistenţei datorită probabil faptului că acele hematii sunt oare-cum vaccinate, nu mai pot cu alte cuvinte absorbi amboceptorul litic fie el de origină canceroasă sau tuberculoasă. Serul hemolitic conservat în ampule închise la flacără îşi perde puterea litică, ca şi prin încălzire; şi-o câştigă uşor chiar după o lună în prezenţa unui ser normal neîncălzit (cu complement deci). Injectând la 6 canceroşi sub piele globule spălate de la necanceroşi, n'a căpătat nici odată vre-o reacţie caracteristică, contrar afirmaţiuni lui Elsberg, care a găsit-o în 90% din cazuri. Proprietatea izohemolitică e departe de a fi patgonomonică în cancer; alături de alte semne poate avea oare-care valoare.

DĂNULESCU

KENIRETH ECKENSTEIN. — **The serum-diagnosis of hydatid disease: fixation of the complement.** *(The Lancet,* August 6, 1910, p. 377). Technica: ca antigen s'a servit de lichid hidatic de la oae, conservat în capsule de sticlă de 2,5 cm., închise la flacără, încălzite 3 zile consecutiv la 60° c. câte 20′. Il întrebuinţează de obicei diluat $^1/_5$ căci cele nediluate une-ori opresc hemoliza. Ia trei tuburi, în cari pune câte o parte de ser de examinat, în primul adaugă o parte de apă fiziologică $9^0/_{00}$ şi o parte de antigen, în al II-lea două părţi de antigen şi în al III-lea două părţi de apă $9^0/_{00}$. Se pun la 37° timp de o oră şi jumătate, apoi se adaugă la fie-care câte o parte de globule roşii de oae (sol $5^0/_0$), se duc din nou la termostat unde sunt observate până ce se capătă hemoliza completă în tubul martor (III-lea). Face totdeauna şi martori cu ser normal. Rezultatul e pozitiv, când în primele două tuburi nu s'a făcut de loc hemoliză.

Din 7 cazuri de chiste hidatice abdominale, în 6 a căpătat reacţie pozitivă înainte de operaţie şi la al VII-lea a căpătat reacţie dar numai după 3 săptămân de la operaţie (chist hidatic mic al ficatului). Intr'un singur caz (chist dermoid al ovarului şi tuberculoză pulmunară) a căpătat la prima cercetare, rezultat pozitiv cu antigen nediluat şi negativ în trei rânduri (antigen diluat).

Ca ori-ce reacţie de laborator, un rezultat pozitiv e hotărâtor pentru afirmarea diagnosticului, pe când unul negativ e mai greu de interpretat. Cu această metodă se poate obţine rezultate tot aşa de bune ca şi prin cele mai complicate cunoscute.

DĂNULESCU

P. J. CAMMIDGE. — **On the results of the „pancreatic reaction", and the diagnostic value of an analysis of the faeces in diseases of the pancreas.** *(The Brit. med. journal,* Iulie 2, 1910, p. 8). Căutând să stabilească o legătură între existenţa „reacţiuni pancreatice" (r. cammidge) în urină şi boalele pancreasului, a examinat urina a 1475 indivizi cu diferite boli.

A găsit totdeauna pozitivă în pancreatidele acute (13 cazuri); parte din diagnostice au fost verificate la autopsie, parte la operaţie (6); din cele neoperate numai 3 consecutive oreillonului, sau vindecat.

Pancreatitele cronice, asociate cu calculi biliari sau tumori maligne locale destul de frequente (149 p. din 264), de cele mai multe ori latente, nu pot fi descoperite de cât studiind bine etiologia, semnele subiective şi mai ales examinând scaunele si urina. Mai des întovărăşesc calculii biliari opriţi în conductul comun (69,6 $^0/_0$) mai ales când sunt urmaţi de icter (91 $^0/_0$) sau numai de albuminurie (78,3 $^0/_0$), consecutivă de cele mai multe ori unui calcul flotant oprit în canalul comun. Colicistitele contrar afirmaţiilor lui Thiroloix şi Maugerot nu sunt însoţite des de leziuni pancreatice căci n'a găsit reacţiuni de cât în o pătrime din cazurile examinate (76). Leziunile pancreatice în toate aceste cazuri sunt uşor de explicat printr'o iritaţie datorită stărei secreţiuni în conductele glandulare, sau printr'o infecţie ascendentă pornită din duoden.

Pancreatitele cronice consecutive boalelor de intestine, ulcerelor gastrice sau duodenitele datorite probabil unei inflamaţiuni, catarale la început, pornită din catarul păreţilor intestinali şi condusă până la glandă pe canalele excretorii, sunt foarte frequente (52 $^0/_0$ din 403 urine i-au dat reacţie pozitivă), mai ales în infecţiile acute ale intestinului subţire şi chiar a celui gros. Indicanuria care însoţeşte foarte des pancreatitele, nu e datorită acestora, ci tot enteritelor.

Indicanuria și Urobilinuria (52 cazuri), arată că pe lângă canalele pancreatice s'a prins și cele biliare. Icterul cataral e însoțit de reacție pancreatică în 79% din cazuri (53 examene), căci și el ca și pancreatitele ce-l însoțesc sunt datorite de cele mai multe ori aceleiași cauze: infecții gastro-intestinale, ei i se datoresc și cele consecutive ulcerului duodenal (272 p. din 50) sau stomahal (5 r. p. din 47); poate o mică parte să fie datorită și inflamației de vecinătate. Cele 13 reacții pozitive obținute în hiperclorhidrii, în urma îndelungatei supra-activități funcționale, produsă de sucul gastric iperacid: Cirozile ficatului sunt foarte des însoțite de leziuni pancreatice (14 r. p. din 21) produse sau prin acțiunea directă a alcoolului său.

La tuberculoşi sau nu se găsește reacția pozitivă chiar la cele intestinale, pe când la tifici, unde intestinul e totdeauna infectat e în cele mai multe cazuripozitivă. Foarte multe din cazurile diagnosticate în timpul vieții, au fost confirmate mai târziu la autopsie.

Contrar părerii lui H. White hiperemia venoasă pasivă consecutivă boalelor de inimă, plămâni, ficat sau arterioscleroză rare ori e normală de alterațiuni pancreatice parenhimatoase și deci și de reacție urinară.

In mai bine de o treime de urini de la canceroși (92 c.), a obținut reacția caracteristică și consecutivă fie metastazelor pancreatice la distanțe sau prin continuitate, fie prin o infecție pornită de la o duodenită secundară de vecinătate.

Calculii 3 din 4 și chistele pancreatice 2 din 4, cum și tumorile maligne ale pancreasului la început dau rezultate negative, mai târziu pozitive, cum și o treime, în urma unei reacții inflamatoare atrasă prin iritația și astuparea conductelor excretorii. A obținut reacții numai în 6 din 467 de urini de la indivizi cu diferite boale, cei mai mulți cu turburări stomacale. Cele pozitive provin de la peritonici (3). pneumonie (1), abces al ficatului (1), paralizie (1). La nici un individ normal nu a avut nici cel puțin rezultate indoelnice (50 c.).

Reacția deci nu e patognomonică, dar împreună cu oare-care semne clinice și cu o examinare amănunțită a fecalelor, de cele mai multe ori ne poate face să punem diagnoza de boală a pancreasului. E datorită distrucțiunii unor substanțe cari conțin un glico-nucleproteid, care hidrolizându-se prin intermediul acizilor dă o pentoză (extractul uscat de pancreas conține de 5 ori m.m. pentoză ca ori-care alt organ din corp). Numai inflamațiile proprii ale glandei dau urini cu reacții pozitive; cirozile și durerile în cancerele o provoacă numai când sunt urmate de inflamații secundare.

O analiză cantitativă și calitativă a scaunelor e de foarte mare valoare în boalele pancreasului. Ca aspect sunt de obicei mai albe, mai lucioase, cu miros particular de slănină râncedă. De cele mai multe-ori aspectul e normal, reacția net acidă, afară de cazurile când pancreatitele sunt asociate cu o obstrucție biliară sau catar intestinal intens. La microscop se găsesc numeroase globule de grăsime, cristale de acizi grași, fibre musculare nedigerate. In cele mai multe cazuri se găsește 20% grăsimi mai multe ca în stare normală, dar une-ori și 15% mai puțin, fapt datorit probabil unei supra-activități funcționale trecătoare a glandei sub influența inflamației. Mai multe grăsimi se găsesc încă în obstrucțiile coledocului și în catarele intestinale, dar în primul cas aproape numai grăsimele saponificate formează excesul sărurilor neorganice (Mg. și Ca). sunt în exces numai când pancreatitele sunt consecutive și în asociație cu catare intestinale mai ales ale intestinului gros. Une-ori se zărește și sânge, mai ales în cele cu tendințe la hemoroizi. Puterea triptică a scaunelor e mult scăzută. (Proc. Müller-Heiberg).

DĂNULESCU.

ROBERT DUHOT (Bruxelles). — **Rezultat neaşteptat la un sugaciu heredo-sifilitic după tratarea mamei cu 606.** *(Münch. med. Woch.*, No 35, 1910). In numărul din 16 August 1910 din *Münchener*, Taege a publicat un caz interesant de vindecarea unui sugaci heredo-sifilitic în urma injecţiunei la mama care alăpta a 0,30 centigr. de 606.

Autorul crede că, de oare-ce în lapte nu există arsenic, vindecarea completă s'a făcut prin distrugerea enormă a spirocheţilor, formarea consecutivă de anti-toxine în circulaţie, cari au trecut prin lapte la sugaci.

Duhot publică un al doilea caz, în care un sugaci heredo-sifilitic s'a vindecat complet de o erupţiune sifilitică generalizată, după injecţia de 0,45 ctgr. de 606 la mamă, de două ori repetată la interval de 24 ore. DANIELOPOLU.

P. EHRLICH. — **Este periculoasă injecţia intra-venoasă de 606?** *(Münch. med. Woch.*, No. 35, 1910). In *Münch. med. Woch.* No. 34, Fränkel şi Grouven, descriu un caz de moarte după injecţia intra-venoasă de 606.

In cazurile lui Iversen, Alt, Schreiber, Weintraub şi Neisser, cari au întrebuinţat metoda injecţiunei intra-venoase la 300 de bolnavi, nu s'a întâmplat nici un accident.

Ehrlich crede că injecţia intra-venoasă n'are nici un pericol, dacă individul nu are vre-o leziune gravă cerebrală, cardiacă, sau nu este într'un grad înaintat de arteriorcleroză.

Până acum, din cauza eliminărei prea repede a medicamentului după injecţia intra-venoasă, se pare că injecţia intra-musculară este cea mai eficace.

Iversen face după 48 de ore de la o injecţie intra-venoasă, o a doua injecţie intra-musculară. DANIELOPOLU.

LÖWENBERG. — **Serodiagnosticul sifilisului prin reacţiunea lu Porges.** *(Deutsche med. Woch.*, No. 35, 1910. Cercetări de control făcute în 200 de cazuri, asupra acţiunei precipitante a serului asupra glicocolatului de sodă. Autorul face în acelaş timp reacţiunea lui Wassermann.

Reacţiunea este pozitivă chiar la indivizi sănătoşi în 13, 3% din cazuri, de unde autorul conchide că nu este specifică şi nu poate fi utilizată în practică.

DANIELOPOLU.

E. SACQUÉPÉE. — **Les porteurs de germes (bacilles diphtériques).** *(Bull, I. Pasteur*, No. 16, 1910). Este definitiv stabilit că marea majoritate a bacililor pseudo-difterici aparţin în general speţei bacillus diphteriac. Sunt inofensivi pentru omul-sănătos, dar sub influenţa oare-căror circumstanţe favorizate devin virulenţi.

Numărul purtătorilor de bacili pseudo-difterici este foarte ridicat. Roux şi Yersin îi găsesc în a 3-a parte din copii de la Enfants-Malades, la 26 din 59 de copii dint'o şcoală; Hoffmann şi Beck îi găsesc într'o treime de cazuri; Ustredt în 70% din copii, chiar la cei cari n'au venit în contact cu difterici.

In general, a treia parte din persoanele sănătoase au bacili pseudo-difterici în gură şi mai ales în nas. Ast-fel se explică epidemiile aşa zise spontane. Pseudo-diftericii sub infl. asociaţiunilor microbiene poate, sau ori-căror condiţiuni individuale, sau prin pasagiu de la om la om, devin virulenţi şi dau difterie.

Un oare-care număr de indivizi sunt purtători de difterie, puţin timp înainte de a prezinta simptomele difteriei. Aceştia sunt numiţi *purtători precoci.* Cum însă se poate ca un individ sănătos să poarte difterie, fără ca să fie atins vre-odată în urmă de difterie, nu ne este posibil prin examenul bacteriologic să spunem dacă avem a face cu un purtător precoce sau un purtător sănătos.

Purtătorii precoci pot fi contagioşi ca şi cei sănătoşi şi cei atinşi deja de difterie.

Purtătorii sănătoşi nu se găsesc în regiuni indemne de difterie. Sunt mai deşi în oraşe şi mai ales în spitalele de copii. Printre cei mai frecuenţi sunt cei cari vin în contact cu bolnavii de difterie.

In total, purtătorii sunt cu atât mai numeroşi cu cât sunt mai în apropiere de bolnavi, cu atât mai rari cu cât sunt mai depărtaţi. Următoarele cifre ne dau o idee precisă:

1. In regiunile indemne nu sunt purtători;
2. In regiunile endemice 4—8%;
3. In spitalele generale de copii 12%;
4. In endemniile şi epidemiile de mare colectivitate 12—13%;
5. In endemiile sau epidemiile în şcoalele de copii 20—25%;
6. In anturajul imediat al bolnavului de epidemie 30—35%;

Vitalitatea bacilului la indivizii sănătoşi este în general scurtă; după Kober, Cumpston, Fayrier, Nishino, nu regăsim difterici după câte-va zile.

In rari cazuri presintă p. la 122 de zile. Ustredt a găsit difterici şi după 6 luni, iar Lemoine într'un caz, timp de 2 ani.

Această persistenţă nu pare a fi influenţată de diversele tratamente.

Cum se explică imunitatea purtătorilor de difterie? In parte prin proprietăţile antitoxice umorale provocate de o toxină elaborată de bacilii difteriei saprofiţi, în parte prin integritatea mucoasei cu care vin în contact.

La convalescenţii de difterie persistenţa bacililor este une-ori foarte mare. După dispariţia ori-cărei leziuni locale, bacilul persistă încă în 427 din 752 de cazuri după Welch, în 309 din 654 de cazuri după Holger Prip, etc.

După statistica autorului, făcută reunind statisticele cele mai întinse, se poate conchide că în mijlociu bacilul persistă:

In timp de o lună la 14%;
" " " 2 luni " 7,5%;
" " " 3 luni " 4%.

Acestea sunt mediile, dar bacilul poate persista chiar după 3 luni, în unele cazuri 10, 22 de luni san chiar 4 ani.

Bacilul persistă nu numai în gât, dar şi în nas, chiar când lesiunile au fost numai în gât.

Convalescenţii purtători sunt contagioşi şi joacă un rol considerabil în răspândirea difteriei.

Ca şi pentru alte boale, bacilii difterici nu există la toţi în mod continuu, une ori se găseşte în unele perioade şi în altele nu.

Aceste intermitenţe pot fi explicate, fie printr'o simplă întâmplare în momentul luărei din gât, fie prin acţiune antisepticală întrebuinţate pentru a distruge bacilii din gât.

S'au întrebuinţat multe substanţe pentru a face să dispară bacilii difterici la purtători, (apă oxigenată, acid citric, nitrat de argint, colagol, sol. Lugol, amestecul lui Loeffler de alcool, mentol şi perchlour de fer).

Pyocyanasa indicată de Emmerich nu pare a fi dat rezultate extraordinare (Schlippe).

Podwysotzki a încercat injecţiuni repetate de bacili morţi.

Serul anti-toxic n'a dat rezultate convingătoare în meritul lui Sevestin şi Méry, Silberschmidt, etc.

L. Martin preconizează aplicaţia locală de ser anti-difteric uscat. Rezultatele sunt excelente. La 8 purtători sănătoşi, trataţi cu pastilele Martin, bacilii au dispărut după 8 zile de tratament.

DANIELOPOLU.

P. TEISSIER et H. SCHAEFFER.—**Des complications cardiaques au cours des diverses variétés de l'érythème polymorphe.** *(Presse médicale*, 127 August. 1910. Cunoscute fiind părerile autorilor vechi asupra complicaţiunelor cardiace în eritemul polimorf, mai ales ale lui Garrod şi Lewin, autorii au căutat să studieze pe un număr de 44 de cazuri de eritem aceste complicaţiuni.

Din observaţiunele lor amănunţite reesă, că mare parte din suflurile, ce sa aud la cord sunt extracardiace, şi că din puţinele turburări, cari se observă mai ales la inimă sunt: tachicardie trecătoare, întărirea sgomotului al II-lea de la bază, mai ales cel pulmonar şi une-ori dedublări fiziologice ale ambelor sgomote, mai ales ale celui de al II-lea. Adevărata aritmie se observă foarte rar; cât priveşte leziunele endopericardice din această afecţiune, ele se observă numai a rarcori.

N. L.

A. GOUNET.—**Mouvement choréïformes et méningite tuberculeuse.** *(Presse médicale*, 27 Août 1910). In faza comatoasă a meningitei tuberculoase s-au observat aceste mişcări—, pe cari de alt-fel alţi observatori le-au remarcat chiar în perioada precedentă simptomelor de meningită.

Mişcările choreiforme sunt une-ori generalizate, alte-ori se manifestează numai la o jumătate de corp. Rar însă se observă mişcările choreice din chorea lui Sydenham, şi de foarte multe ori sunt numai mişcări atetozice. Unii cercetători au găsit leziuni de meningită în zona motrice rolandică, alţii au găsit chiar tuberculi. Localizarea în aceste regiuni ar explica contracturile fibrilare, fasciculare, atetozice chiar, din această afecţiune; pe câtă vreme mişcările choreiforme ar avea drept cauză diferiţi tuberculi, cari ar avea sediul în calota pedonculo protuberanţială şi în pătura optică după Gounet.

Chestiunea e totuşi în discuţiune şi nu s'ar putea trage o concluzie definitivă.

N. L.

WECKERS. — Société belge d'Ophtalmologie. **Nouveau traitement des ulcères serpigineux de la cornée par le chauffage.** *(Presse médicale*, 27 Août 1910). Pentru că seroterapia antipneumococică a dat slabe rezultate în această afecţiune, iar pe de altă parte autorul bazat pe slaba rezistenţă a pneumocecului la temperaturi de 50°—55°, a întrebuinţat un mijloc de căldură la distanţa pentru suprafaţa corneeană ulcerată.

Graţie reostatului se poate aduce firul de platină al unui galvano-cauter la diferite grade de incandescenţă prin obişnuinţă; se opreşte la iincandescentă corespunzătoare unei temperaturi de 55^0, văzută; mai înainte prin ajutorul unui termometru; Se apropie firul de platină fără a atinge suprafaţa corneeană, şi într'o şedinţă de 5 minute, alte-ori în 2—3 şedinţe, ulcerul începe a se vindeca.

La început este un mare aflux lencocitar, puţin hipopion chiar, mai târziu totul e resorbit.

Corneea rămâne clară, transparentă, şi nici o urmă de cicatrice, pe care o lasă totdeauna termocauterul în atingerea lui, tratament ce-l mai obicinuesc unii terapeutişti.

Acest tratament prin căldură la distanţă se întrebuinţează şi contra-diplococului Arenfeld-Morax, cauzator uneori a ulcerului serpiginos. N. L.

ROBERT DEBRÉ. — **Méningite cérébro spinale prolongée à forme acchectisante.** *Presse médicale*, 3 Septembre 1910. Meningitele cerebrospinale meningococice cu evoluţiune lentă sunt de două feluri: meningita cerebrospinală cu reşută, şi cea cu forma prelungită, casectizantă. In prima fenomenele amendate complect pe timp de 15—30 zile până la 3—4 luni chiar, reapar iarăşi.

In cea de a II-a formă simptomele nu sunt amendate complect, bolnavul rămâne cu uşoară înţepeneală în ceafă, greutate în mers şi perdere în vivacitatea intelectuală. După câteva zile sau săptămâni apare cefaleea, febră, redoarea cefei se accentuează. Scheletul simptomatic al acestei afecţiuni este manifestat prin următoarele turburări: turburări trofice, senzitive, motore, turburări psihice şi sfincteriene. Sfârşitul e fatal, iar indivizii scăpaţi rămân în mare parte orbi sau surzi.

Atât la copii de lapte, la cei de a doua copilărie, cât şi la adulţi, redoarea, stupoarea şi slăbiciunea sunt cele 3 semne, care atrag atenţiunea. In general copii de lapte stau cu gambele în extensie pe coapsă, contrar celorialţi.

Ca leziuni anatomo patologice se observă: pachimeningită rachidiană şi cefalică difuză, simfiză meningocorticală, meningită cloazonată cu loji multiple, edem cerebral, empiem ventricular uneori, radiculite, gangliite rachidiene, polinevrită difuză,

La urmă e posibil ca lichidul cefalo rachidian să fie clar.

Injecţiunea cu ser antimeningococic nu réuşeşte, de oarece trebue ca lichidul injectat să străbată prin atâtea aderenţi, de unde sfatul pentru injecţii intracraniene şi ventriculare.

N. L.

NOËL FIESSINGER et PAULE BAUFLE. — **Contribution à l'étude de la crise pneumonique, du rôle des ferments Leucocytaires dans la résolution de l'exudat pneumonique.** *Revue de médecine*. Simptomele clinice într'o pneumonie conrespund unei anumite stări anatomopatologice a plămînului. Sputele, urina, sîngele prin felul stărilor histochimice în diferite stadii ale pneumonii, sunt de asemenea conrespunzătoare acestei stări anatomo patologică.

Autorii au studiat criza pneumonică şi felul cum parenchimul pulmonar revine la starea lui normală.

In criză sputele devin opace, mucopurulente şi fluide; există o diminuţie a albuminei la analiza chimică, cât şi o micşorare a exudatului seroalbuminos la examenul histologic. Se observă multe polinucleare şi pneumococi încapsulaţi.

Sîngele în ajunul crizei conţine până la 27.500 lencocite pe mm. cub.

Dacă scăderea temperaturii se face lent, atunci există mai multe ascensiuni lencocitare.

Serul sanguins e foarte aglutinant.

Urina e în cantitate foarte mare, 2—3 litri zilnic; conţine multe cloruri, aciduric 1 gr., uree 40 gr. In urină şi spute mai există peptone şi ferment proteolitic.

Cum se face reintegrarea parenchimului pulmonar? In vindecarea unei leziuni pneumonice se remarcă următoarele procese biologice: întâi o lencocitoză sanguină intensă, lencocitoză ce ar fi cauză ascensiunei termice din timpul precritic; al doilea, aşezarea leucocitelor în focarul hepatizat şi al treilea, digerarea focarului hepatizat şi eliminarea lui prin expectoraţie şi urină. Leucocitele, cît sunt în viaţă, secretă un ferment proteolitic; fermentul îşi indeplineşte rolul, chiar după moartea lencocitelor. Exudatul pneumonic e transformat pe loc de acest ferment, şi nu resorbit el însuşi.

Acţiunea fermentului se asamănă cu a tripsinei pancreatice.

Se întâmplă şi aici transformarea albuminelor în albumoze şi peptone şi chiar acidamine (leucină, tirozină). Cum se elimină, s'a văzut mai sus.

Fermentul proteolitic prin puterea lui de digerare, goleşte alveolele pulmonare de tot exudatul pneumonic; productele chimice rezultate şi însuşi fermentul sunt eliminate prin spute şi urină după cum am mai spus.

In pneumonia abortivă aceste reacţiuni biochimice sunt mult mai puţin intense, şi aceasta e datorită hepatizatiunei necomplecte.

In pneumonia dublă, reacţiunele biochimice sunt în cel mai înalt grad; aici există o intensă peptonurie, cât şi o bogată spută în peptone.

In pneumonia griză, procesul biologic e ca şi în hepatizarea roşie, dar fermentul proteolitic digeră şi din parenchimul pulmonar. In hepatizarea roşie, din cauza stărei bune generale a individului, serul sanguin are o putere antitriptică, de îndată ce încearcă să-şi depăşească rolul fermentul proteolitic —; ast-fel influenţa leucocitelor prin fermentul lor proteolitic e limitată în hepatizare roşie — fapt ce nu se întâmplă în hepatizarea griză din cauza proastei stări generale a individului.

N. L.

J. MOLLARD et L. RIMAUD. — **Un cas de septicémie curable due à un streptocoque saprophyte du nez.** *(Journal de Physiologie et de Pathologie générale).* E vorba de o pacientă în vârstă de 29 de ani, care prezenta la intrarea în în spital simptome de o infecţie generală.

In antecedente H. şi C., baciloză.

Obiectiv prezinta simptome de bronşită, o splină mare şi febră înaltă. Serodiagnostic, Vidal negativ, sputa nu conţinea bac. Koch.

Se făcu culturi din sînge, în bulion de către Rochaix şi Charlet (asistent Profesor Courmont) şi în bulion crescu un diplococ, reniform ca gonococul, alţii lanceolati ca pneumococul, lua gram. Se injectară culturi la animale: guţgani, şoareci, epuri. Pe lângă formele de mai sus mai apăru o formă bacilară fină ce lua gram. Existau şi forme în lanţ, altele ca de stafilococ. Acest polimorfism fu observat de Arloing la streptococ. Bolnava prezenta şi ozenă. Făcândui-se culturi din nas, se găsi un diplococ, asemănător cu cel din sângele bolnavei. Autorii se opriseră la concluzia existenţei unui „streptococus nasalis“ saprofit în nas şi care în unele ocaziuni ar deveni virulent şi ar putea da chiar infecţiuni generale, ca în cazul prezent. N. L.

I. WALLACE MILNE (Aberdeen). — **Puncţiunea cordului.** *(Lancet,* 6 August 1910). Intr'un caz de dilataţiune enormă a cordului, Milne a făcut o puncţie a cordului cu un trocar subţire în al 5-lea spaţiu intercostal stâng lângă marginea sternului. S'a scurs ast-fel 600 c.c. de sânge. Bolnava s'a ameliorat pentru un moment, dar a murit după 4 ore prin insuficienţă cardiacă. D.

CHARLOTTE MÜLLER (Zürich). — **Ueber morphologische Blutveränderugen bei strume.** *(Med. Klinik,* 1910, 34). Kocher a constatat leucopenie, o diminuare a polinuclearelor şi o augmentare a mononuclearelor. Müller găseşte în mai mult de cât jumătate din cazuri de guşe simple aceste modificări sanguine, aşa în cât modificările descrise de Kocher nu pot constitui un semn important în Basedow. D.

Pediatrie

SCHICK. — **Schembases aufflamen abgelafuener Tuberkulin reaktionen während der Eruption von Masern. Frühzeitige Eruption von Maserneffloreszenzen an entzündlich gevizher Haritpartien.** *(Monatschr. f. Kinderh. orig. IX.* No. 3). Un copil reacţionează positiv la cutireacţiune şi la intradermoreacţiune. I se face în scop terapeutic injecţii subcutanate de tuberculină. In cursul acestui tratament, copilul capătă o rugeolă, şi atunci se observă ca o reîntoarcere a reacţiunilor la nivelul inoculaţiunelor cu tuberculină. Tot la nivelul acestor inoculaţiuni apar primele eflorescenţe ale erupţiunei de pojar. In cursul pojarului inoculaţiunile cu tuberculină sunt negative, şi după pojar din nou positive.

Autorul admite pentru a explica faptul semnalat mai sus, că iritaţiunea determinată prin inoculările de tuberculină a localizat, pur şi simplu la acest nivel primele eflorescenţe ale erupţiunii de rugeolă. E ştiut de mult timp că la copiii cu intertrigo, erupţia de rugeolă apare la nivelul lesiunilor cutanate. E vorba aci de un fenomen analog. G. J.

BIRK. — **Über Ernahrungsversuhte mit Eiweissmilch.** (Cercetări de alimentaţie cu lapte albuminos). *(Monatschr. f. Künd. Orig. IX.* No. 3). Autorul a făcut o serie de cercetări asupra valoarei laptelui albuminos lui Finkelstein în tratamentul turburărilor gastro-intestinale.

In majoritatea cazurilor, rezultatele au fost bune: starea scaunelor, greutatea copilului, starea generală se amellorase foarte repede.

La un moment dat însă greutăţile rămân staţionare: atunci trebue să urmăm una din procedeurile următoare: 1. sau să augumentăm cantitatea de lapte albuminos; 2. sau să augumentăm hydratii de carbon (zahăr sau făină); 3. sau să trecem la altă alimentaţie.

Autorul crede că acest al 3-lea procedeu este cel mai bun.

Inconvenientele laptelui albuminos sunt: *a)* un gust desagreabil care trebue adesea ori corectat cu zacharină, *b)* frequenţa vărsăturilor cari nu încetează une-ori de cât atunci când se schimbă alimentul, *c)* dificultatea de a trece la un alt aliment. Copiii cari au fost alimentaţi cu lapte albuminos păstrează mult timp o intoleranţă foarte însemnată faţă de grăsimea laptelui de vacă.

Bick este de părere că laptele albuminos ca şi Babeurul nu convine ca aliment definitiv şi că trebue considerat, ca şi babeurrul ca un aliment de transiţie.

Indicaţiunile sunt după autor: *Toxicozele acute precum şi turburările gastro-intestinale chronice* atunci când există o intoleranţă faţă de grăsimile de lapte de vacă—adică, întru'un cuvânt aceleaşi indicaţiuni ca ale babeurului.

Cuvântul de Toxicoze a fost întrebuinţat mai întâiu de Czerny şi Keller. E regretabil că autorul nu crede de cuviinţă al defini din nou de oare-ce în cartea lui Czerny lucrul nu e bine lămurit. Credem că acest cuvânt nu se aplică la infecţiunile gastro-intestinale propriu zise.

Observaţiunile lui Birk fiind foarte rezumate e imposibil de a preciza. Cu mare peobabilitate în infecţiunile gastro-intestinale acute, febrile, laptele albuminos nu va reuşi precum nu reuşeşte în aceste cazuri nici Babeurrul. G. J.

R. WEIGERT. — **Welcher Wert hat Milchzucker für die Ernährung der säuglinge?** (Ce valoare are zahărul de lapte pentru alimentaţia sugacilor). *(Monatschr. f. Kind. Orig. IX.*, No. 3. Weigert arată că zahărul de lapte este, dintre zahărurile întrebuinţate în alimentaţia sugacilor, cel mai puţin recomandabil. Il determină adesea ori turburările gastro-intestinale şi provoacă stări dispeptice favorizând fermentaţiunile acide din intestine. Nu este exact că corectează scaunele săpunoase. Pentru a determina creşterea în greutate a sugacilor este inferior celorlalte hydrate de carbon, ca maltoza, Nährzucker, soxhlet şi chiar zahărul ordinar.

In cursul articolului autorul polemizează în mod destul de violent cu Scholssmann, pe care-l bănueşte de complicitate ca fabricant de zahăr de lapte.

G. J.

GENERSICH. — **Der Einfluss der Wärme auf die Temperatur der Säuglinge.** (Influenţa căldurei asupra temperaturei sugacilor). *(Monatschr. f. Kinderh. Orig. IX*, No. 3). Acest articol atinge o foarte interesanţă chestiune: modul după cum variază temperatura sugacilor când se încălzeşte mediul ambiant. Lucrarea pare a fi foarte conştiincioasă. Technica experienţelor consistă a introduce timp de 2 ore sugacii într'o cameră a cărei temperatură se poate ridica până la 38 grade, luând temperaturile copilului înainte de experienţă, în cursul experienţei (din $^1/_2$ în $^1/_2$ oră) şi după experienţă.

In general s'a putut constata că temperatura exterioară face să crească temperatura sugaciului şi creşterea este până la un oare-care punct, proporţională cu creşterea temperaturei exterioare.

In unele cazuri temperatura copilului a fost influenţată chiar cu începere de la 24 grade când copilul era înfăşat, şi de la 28—30 grade, copilul fiind descoperit.

Cu temperaturi ambiate de 30 şi 35 grade s'au observat la copil ridicări până la 39 şi 40 grade. Temperaturi mai mari de 35° par a fi primejdioase pentru copil

Prin urmare trebue să ţinem seamă de aceste experienţe şi să veghiem că cuveuzele să fie totdeauna întocmite cu un regulator ireproşabil.

Saltelele cu apă caldă sunt și ele în stare de a ridica temperatura copilului în mod însă mai inconstant.

Se vede pe de altă parte că chiar temperaturile relativ puțin ridicate ca 25 și 30° pot influența temperatura copilului, și în Ungaria, unde au fost făcute aceste cercetări, nu este rar ca vara să se observe temperaturi de la 30 până la 40 grade. In aceste cazuri trebue să ne reamintim experiențele lui Genersich pentru a nu vorbi de febră când e vorba numai de un efect al temperaturei exterioare. G. J.

KLOSE. — **Über den Sommertod der Säuglinge.** (Mortalitatea de vară a sugacilor). *(Monatschr. f. Kind. Orig. IX*, fosc. 4. Concluzii:

1. Raportul între căldură și mortalitatea infantilă este direct și imediat;
2. Căldura este cauza mortalității mari a sugacilor, însă nu cauza morbidității de turburări gastro-intestinale acute;
3. Acei sugaci sunt victimele acțiunei căldurei, cari, dintr'o cauză oare-care, sau îmbolnăvit de o turburare gastro-intestinală acută, mai cu seamă dacă nutrițiunea generală a fost turburată mai înainte în urma unui viciu de alimentațiune;
4. Manifestațiunile grave ale cholerei infantile sunt o consecință a perderei acute de apă a organismului. Pentru aceasta o humiditate moderată a atmosferei împiedică acțiunea nouă a temperaturelor ridicate. G. J.

SCHLOSSMANN. — **Der Philosoph Favorinus als Vorkömpfer fur die natunliche Säuglingsernahrung.** *(Monatschr. f. Kinderh. Orig. IX*, fosc. 4. Studiu istoric după o cuvântare a filosofului Favorinus, care a trăit sub împărații Trajan și Adrian. Această cuvântare este repetată de Aulius Gellius (A. gelii noctrum atticarum Libri XX) discipolul și admiratorul lui Favorinus. In această cuvântare Favorinus insistă pentru ca o tânără lăuză să-și alăpteze singură copilul. Argumentele, cari le dă pentru a convinge familia lăuzei de necesitatea alăptărei de către mamă, ar putea figura aproape fără nici o schimbare de text într'un tratat de Pediatrie modernă. G. J.

BEREND. — **Pneumonie u. akute gewichtsschwankungen bei ernährungs gestörten säuglingen.** (Pneumonie și variațiuni acute de greutate la sugaci cu turburări de nutrițiune). *(Monatschr. f. Kinderh. Orig. IX*, fasc. 4. Vorba lui Pfaundler „că copiii se îmbolnăvesc de turburări gastro-intestinale și mor de infecțiuni“ este perfect de exactă în ceea-ce privește mortalitatea sugacilor la Budapesta.

Autorul notează frequența infecțiunilor (broncho-pneumonie, coryză, bronșite etc.) la copiii cu turburări nutritive și le consideră ca o consecință indirectă a acestor turburări.

Autorul a observat un număr foarte mare de copii *supraalimentați:* acești copii când se primesc în spital și li se ordonă dieta hydrică sau se reduce mult alimentațiunea, reacționează printr'o scădere de greutate foarte mare (200—300 gr în 24 ore). Această scădere de greutate, datorită unei deperdiții de apă, se poate considera ca un semn de supraalimentație anterioară, Berend, crede că ar trebui evitată cu ori-ce preț această scădere de greutate întru cât pune pe sugaci în stare de resistență scăzută, adică îi scade imunitatea naturală: copiii cari pe lângă turburările gastro-intestinale, la intrare suferă și de coryză sau de bronșită, prezintă foarte adese-ori în urma acestei scăderi de greutate, complicaţiuni grave ca broncho-pneumonie: pierderea de apă a diminuat resistenţa naturală a copilului.

Din 400 de cazuri cu turburări ale nutriţiunei s'a observat scăderi subite şi insemnate de greutate la 71 sugaci şi din aceşti 71 sugaci, 41 au făcut o pneumonie 3 până la 6 zile după scăderea de greutate. (Autorul publică în scurt aceste cazuri însoţite de curbe foarte covingătoare).

Intr'adevăr autorul a observat 37 cazuri de pneumonie cari nu au fost precedate de scăderi mari în greutate. Nu e mai puţin adevărat însă că din totalitatea pneumoniilor observate, 78 la număr, 41 au fost precedate de o scădere mare în greutate.

După Czerny şi Keller, scăderea de greutate este datorită turburărilor nutritive provocate de infecţie şi este cu atât mai însemnată cu cât copiii progresau în mod mai strălucit înnainte de infecţie. In alte cuvinte scăderile mari se observă mai cu seamă la sagacii cari căpătau înnainte de infecţie o alimentaţiune bogată în idraţi de carbon, alimentaţie care, după cum se ştie, provoacă o însemnată retenţie de apă.

Berend admite aceasta. El crede însă că o simplă cauză sau bronşită este în stare de a desface combinaţia labilă de apă, provocând scăderea de greutate. Această deshydratare joacă acum un rol de *cauză* favorizând complicaţia pulmonară.

Autorul citează *un* caz în care a putut provoca experimental la un sugaciu în două rânduri, o pneumonie. El administra copilului o soluţie de chlorur de sodiu. Sugaciul căpăta o febră de sare urmată de o scădere bruscă a greutăţei. După câte-va zilea apărea pneumonia.

Ca concluzie, autorul consideră pneumonia copiilor cu turburări ale nutriţiunei, ca având în multe cazuri o cauză *indirect* alimentară. G J.

HELBICH. — **Die Bedeutung der Molkenreduktion für die Ernährung junger Säuglinge** (Importanţa reducerei zărului pentru alimentaţia sugacilor tânări). *Jahrb. f. Kinderh.* Iunie 1910. E vorbă de o lucrare experimenlală practicată direct asupra sugacilor şi destinată să arate importanţa reducerei zărului în alimentaţia sugacilor.

Autorul procedează în modul următor: se serveşte de un lapte care conţine toate grăsimele laptelui de vacă, dar numai $^2/_5$ din albumină şi $^2/_5$ din zărul acestui lapte. Cantitatea zahărului de lapte a fost readusă la $5^0/_0$. Sugaciul este alimentat cu acest lapte *sărac în zăr*, şi pe urmă cu un lapte care diferă din cel d'ântâiu numai prin faptul că conţine tot zărul din laptele de vacă. Aceste 2 lapturi nu diferă prin urmare de cât prin cantitatea de zăr.

In altă serie de cercetări, autorul s'a servit de un lapte care conţinea toată grăsimea, tot zahărul de lapte şi toată caseina din laptele de vacă dar numai $^2/_5$ din zăr.

După ce copiii erau alimentaţi cu acest lapte *sărac în zăr*, autorul îi alimenta cu *lapte întreg*. Aceste cercetări au dat următoarele rezultate:

a) un prim grup de 12 sugaci (din 23) nu au arătat nici o turburare când li se dădea laptele bogat în zar, după cel sărau în zăr.

b) la un al 2-a grup de sugaci, administraţiunea de lapte bogat în zăr, era urmată de uşoare fenomene dyspeptice şi de o oprire a progresiunei greutăţilor.

c) în fine la un al 3-a grup de sugaciu administraţiunea laptelui bogat în zăr a provocat turburări dyspeptice serioase cu alteraţiuni însemnate ale nutriţiunei: şi aceste turburări grave dispăreau când se da copilului din nou laptele sărac în zăr. Reducerea zărului era dar suficientă pentru a vindeca pe copil, şi nu era necesar de a reduce şi cantitatea de cazeină.

Concluzia ce o trage autorul este că pentru explicarea accidentelor de simtome trebue să învinovăţim cu posibilitate substanţele anorganice din zăr. Concluzia practică este că la sugacii tânări se impune reducerea zărului în alimentaţie.

G. J.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 18 juillet 1910

LEROY et JUGUBLIER. — **Les amoreuses des prêtres.** Presintă două bolnave ce au fost internate în urma scenelor scandaloase ce le-au provocat din causa amorului lor pentru un preot. Prima este o desechilibrată amorală şi erotomană care e amorezată de abatele Y din adolescenţă şi pe care îl urmăreşte fie prin scrisori, fie prin declaraţiuni orale şi doreşte a fi metresa lui. Se crede iubită de dânsul şi vede probele acestei afecţiuni în priviri, în mişcări, etc. Interpretează totul în favoarea ei, se desparte de bărbatul ei, iar la asil caută în parte a disimula delirul său.

A doua bolnavă e o mistică, megalomană şi persecutată care se crede investită de Maica Domnului să scape din franc-masonerie pe un preot. Ea lucrează în consecinţă, dând loc la scandaluri.

BRIAND et BRISSOT. — **Obsessions, phobies et idées hypochondriaques chez une fillette de 10 ans.** O fetiţă cu dublă tară hereditară şi cu preocupaţii de sănătate. Auzind de incovenientul scuipatului pe jos, e apucată în urmă de o angoisă puternică când vede pe cine-va tuşind; este obsedată de ideia că va contracta tuberculosă. Ceva mai în urmă capătă obsesiunea de cancer.

TRÉNET et LIBERT. — **Paralisie générale sénile.** Două bolnave de 65 şi 70 ani, la cari găsim idei de gelosie şi erotism şi care presintă un amestec de simptome de paralisie şi presbiofrenie.

TRÉNET et LIBERT. — **Eruptions syphilitques chez dans paralitiques générales.** O bolnavă de doui ani ce poartă cicatrice recente de o erupţie secundo-terţiară.

O altă bolnavă de 4 luui cu silfide tuberculoase.

LEROY. — **Un cas de stupeur guéri au bout de deux ans et demi.** O femee de 35 ani, heredo-alcoolică, în urma unui reumatism acut, a presentat o stare melancolică cu halucinaţiuni auditive şi visuale. Apoi timp de doui ani a stat în stupoare completă cu catonie une-ori. Sub influenţa visitei copiilor ei, bolnava s'a vindecat. Discuţia între diagnosticul de demenţă precoce cu remisiune, psichosă periodică sau confusie mintală.

BRISSOT et HAMEL. — **Presbyophrénie et psychose de Korsakoff.** Presentând doui bolnavi insistă asupra necesităţii de a diferenţia aceste două afecţiuni pe baza diversităţii de etiologie, de evoluţie şi câte-va simptome capitale.

M. MARIE. — **Lésions de la zône de Wernicke sans aphasie.** Un bolnav ce şi-a distrus cu un glonte zona lui Wernicke fără ca să rezulte o afasie apreciabilă.

MURIE, LEVET et COURBON. — **Influence des lésions cérébrales sur l'orientation des hallucinations.** Doui halucinaţi lateralisau vocile lor la stânga timp de mai mulţi ani şi au murit de o hemoragie interesând carefurul sensitiv capsular stâng. Al treilea ce-şi orienta halucinaţiile la dreapta, muri de hemoragie capsulară dreaptă.

DABOUT. — **Idées obsédantes de suicide et l'homicide chez une dégénerée** O femee de curând măritată, cu tară hereditară încărcată, cu folii de suicid şi homicid de câte-va luni. Discută cazul din punct de vedere medico-logal.

C. I. URECHIA.

EXUER und BOSSE. — **Ueber experimentelle Extirpation der Glandula pinealis.** (*Neurol. Zentralbl.*, 1910, No. 14). Au extirpat glandapineală la 95 epuri. Pe 22 animale a putut să le observe mai mult timp după extirpaţie, iar pe 6 până la stabilirea pubertăţei. Extirparea glandei n'a avut nici un efect asupra creşterei sau asupra pubertăţei. C. I. URECHIA.

MARIO ABETI. — **Sulle granulazioni dei bucociti nel pus.** (*Il Policlinico*, fasc. 8, 1910). Pune următoarele concluzii:

1. In supuraţiile cu bacterii diverse (stafilococ, streptococ, bacterium coli, tific) predomină polinuclearii neutrofili.
2. In supuraţiunile cu gonococi se mai observă şi eosinofile.
3. In injecţiile cu terebentină predomină polinuclearii neutrofili şi o descuamaţie a endoteliilor limfatice.
4. Reacţia iodofilă în globuli e tot-deauna positivă. C. I. URECHIA.

R. STADERINI. — **La physiologie de l'Hypophyse étudiée par la méthode expérimentale.** (*Archivo di Fisiologia,* fasc. 2. Vol. VIII. 1910). Autorul demonstră că partea glandulară a hypofizei, mai are doui lobi laterali şi cari sunt o emanaţie directă a lobului epitelial, a căror structură arată că ei aparţin la partea activă a glandei. Aceşti lobi există în mod constant la amfibii, peşti, reptile, păsări şi mamifere. La pisică şi bou a descoperit o prelungire anterioară a lobului glandular a hipofizei, care atinge basa creerului înaintea corpului mamilar şi este primită într'o lojă specială. Cum nici unul din experimentatorii de până acum n'a ţinut socoteală de acest lobul premamelar, s'ar impune ca ablaţiunele experimentale al acestei glande să fie reluate. C. I. URECHIA.

KROMAYER. — **Theoretische und praktische Erwägungen über Ehrlich-Hata 606.** (*Berliner Klinische Wochenschrift.* No. 34. 1910). Ne dă rezultatul terapeutic pe 27 cazuri alese printre cele mai grave şi mai rebele la tratamentul mercurial, a practicat câte o singură injecţie (0,3 ctgr.), dar în 3 cazuri a avut recidive, fapt care l'a determinat să urce doza după o săptămână la 0,7 şi 0,8 ctgr. Rezultatele au fos în general excelente; mai la toţi a observat ridicări de temperatură iar 2 au avut micţiunea îngreuiată. La 4 cazuri Wassermann a devenit din positiv, negativ, la 10 a rămas neschimbat, *iar la două din negativ a devenit positiv.*

C. I. URECHIA.

G. BILANCIONI. — **Uno caso di ptosi palpebrale a bascule.** *(Soc. dancisiana di Roma.* III. 1910). Un bolnav de 51 ani, tuberculos şi alcoolic atins de o ptosă congenitală al pleoapei superioare drepte; la acelaşi ochi un oare-care grad de torpoare a reflexelor pupilare la lumină şi acomodaţie şi o cataractă incipientă. Motilitatea in restul aparatului muscular al ochiului era normală. Faptul interesant era cum această ptosă putea să dispară cu un artificiu foarte simplu: dacă bolnavul apleca pleoapa stângă, se ridica cea dreaptă, şi fără ca în acest caz să fi fost nevoe de contracţia de susţinere al frontalului. Autorul apropie acest caz de acela a lui Pacetti, şi de ptosa consensuală a lui Gianelli.

C. I. URECHIA.

SATTA E DONATI. — **Influenza del sublimato, in vitro, sulla reazione di Wassermann.** *(R. Accademia di Torino).* E suficientă adăogarea unei mici dose de sublimat corosiv, pentru a împiedeca o reacţie a lui Wassermann positivă. In urmă dacă se adaogă la sublimat, cianur de potasiu, formându-se un cianur de mercur, reacţiunea îşi revine din nou.

Intr'o a doua comunicare arată că mici dose de alcool au aceeaşi putere împiedicătoare.

C. I. URECHIA.

G. PELLIZZI. — **La sindrome epifisaria „maerogenito-somie precoce“** *(Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia,* No. 5, 6, 1910. Profesorul Pellizzi relatează în mod amănunţit observaţiunile a 2 copii de câte 5 ani prezentând ca simptome comune o dezvoltare însemnată a taliei (1,27 pentru primul caz, în al d-lea nu s'a măsurat) o dezvoltare precoce şi foarte însemnată a organelor genitale, cu dezvoltarea paralelă a sistemului pilos din regiunea respectivă, scheletul rămânând bine proporţionat, cu tendinţa la osificaţiune precoce.

Autorul apropie de aceste cazuri altele câte-va puţine la număr existente în literatura medicală, dintre care unele cu fenomene de leziune intracraniană şi tumora a glandei pineale (găsită la examenul anatomo-patologic) şi afirmă existenţa unui sindrom *epifisar.* Starea actuală a cunoştiinţelor noastre asupra acestei glande nu permit însă autorului să spună dacă e vorba de un sindrom ipo sau iperfuncţional.

C. PARHON.

G. SÖDERBERG. — **Un cas de maladie familiale avec symptomes de maladie de Friedreich et d'hérédo-ataxie cérébelleuse très améliorés par les rayons X.** *(Revue Neurologique,* No. 13, 1910. Observaţia unui copil de 13 ani, prezentând de 10 luni un complex de simptome caracterizate printr'o stare spasmodică a membrelor inferioare, turburări cerebeloase diferite, picioarele şi mâinele cu deformaţiuni ca cele din boala lui Friedreich. Un frate a sucombat cu aceleaşi fenomene.

Aceste cazuri semuesc simptome ce aparţin atât boalei lui Friedreich cât şi heredoataxiei cerebeloase sau paraplegiei spasmodice familiale. Aceste cazuri demonstra că boalele familiale n'au limite destul de nete pentru a putea erige pe fiecare din ele într'un tip fix şi invariabil.

Interesant e că în această familie se mai găsesc câte-va semne ce constituesc ca o schiţă a acestor diferite forme, la unii din membrii ei. Ast-fel tatăl prezintă un nistagmus orizontal, o soră de 15 ani are picioarele din Friedreich, tremurături fibrilare ale limbei şi o pseudonevrită optică. O soră de 9 ani are refluxele exagerate şi picioarele scobite. Aceasta probează că examinând familia cazurilor de Freidreich familiale se pot găsi forme juste de boale familiale ce reduc ast-fel numărul cazurilor „spontanee“.

Radioterapia a făcut să dispară aproape complet ipertonia membrelor inferioare, să se amelioreze scrierea, turburările vorbirei şi titubaţia.

Exagerarea reflexelor, adiadococinezia şi deformaţiunile membrelor au fost rebele la tratament.

C. PARHON.

BERTALOTTI. — **Etude clinique sur trois cas de maladie familiale dégénerative du système nerveux.** Association de l'idiotie, de l'amaurose, de troubles multiples bulbo-protuterantiels et de l'atrophie spino-neurotique Charcot-Marie.

Etiologia probabilă a fost în aceste cazuri căsătoria între consanguini. Trei fraţi dintr'o familie se căsătorise cu trei surori dintr'o altă familie. Fraţii erau veri în al 3-lea rând cu surorile. Unul din copii acestora luă în căsătorie pe o verişoară primară din familia mamei lor. Din aceştia eşiră cele 3 surori.

Autorul le-a observat într'o colibă de păstori din Alpi la 1700 metrii, deasupra nivelului mărei.

Bolnavele mai au 2 fraţi normali. Boala a atins deci numai sexul femenin. Un frate a murit totuşi cu fenomene convulsive la un an. Cei cari trăesc sunt de 13 şi 6 ani. Fetele bolnave au 25, 21 şi 12 ani.

In primul caz pe lângă atrofia Charcot-Marie găsim febră şi convulsii în prima copilărie, idioţie progresivă, amaroză prin atrofia papilei, paralizia mişcărilor asociate ale globilor oculari în planul vertical, strabism divergent, turburări de convergenţă şi acomodaţie şi turburări din partea facialului şi ipoglosului.

In cazul al 2-lea simptomatologia e aproape aceaşi lipsind însă convulsiunile în prima copilărie şi adaugându-se în schimb diminuarea gustului şi odoratului, asinergia cerebeloasă şi rigiditatea spasmodică a membrelor inferioare cu exagerarea reflexelor osoase, cele tendinoase fiind abolite.

In cazul al 3-lea regăsim simptomele comune în celelalte 2. Aci însă acomodaţie şi convergenţa sunt bine conservate. Nu există rigiditate a membrelor inferioare, reflexele osoase sunt exagerate, cele tendinoase diminuate. Atrofie osoasă în câte şi trele cazuri.

Notăm că mama bolnavelor prezintă semne de adenoidism şi o ipertrofie tironiană ce n'ar data de cât de 3 ani.

Trecând în revistă literatura chestiunei autorul nu găseşte nici o observaţiune identică cu ale sale, s'au publicat însă cazuri în cari unul sau altul din fenomenele supra-adaugate în cazurile sale coexistau cu amiotrofia Charcot-Marie. Autorul e de părere că numeroasele boale familiale a le sistemului nervos nu trebuesc separate în mod prea schematic, ele legându-se între ele prin strânse afinităţi patologice. Ori-ce boală familială trebue să intre înainte de toate în marele cadre al degenerescenţei, putând în urmă să facă parte dintr'un subordin variabil după extensiunea leziunei nervoase.

C. PARHON.

D'ABUNDO. — **Su d'una particulare sindrome bulbo-spinale di origine chistrofiea tiroidea.** *(Revista italiana di Neuropatologică, Psichiatria ed Elettrote-*

rapia. Vol. III. fasc. 4. 1910). Observaţiunea unui tânăr de 26 ani, ce prezinta turburări din partea sistemului muscular constând într'o stare de rigiditate, de tensiune specială a muschilor cari fac un relief accentuat sub piele. Debutul aminteşte boala lui Thomsen. Când bolnavul apuca un mic obiect între degete, observa o contracţiune a muşchilor ce-l împedeca a lăsa obiectul în momentul voit. Aproape în acelaş timp se produse o ipertrofie a corpului tireid. Mai târziu observă o sensaţiune particulară, ca şi cum ar fi strâns puţin de gât, în actul deglutiţiei sau vorbirei.

Un tratament specific n'a produs nici o ameliorare. Din contra în timpul lui bolnavul simţi dureri intense în mâna şi degetul stâng cari se diformară cu timpul.

In prezent se notează o stare de rigiditate luminoasă a aparatului muscular, stare ce nu se exagerează prin mişcări. Excitaţia mecanică a muschilor determină o contracţie, dar contractilitatea se epuizează repede repetând excitaţiunea. Ipoexcitabilitatea galvano-feradică mai cu seamă la stânga. Pentru curentul faradic mai cu seamă se observă că epuizarea contracţiunilor se produce uşor mai cu seamă dacă mărim curentul.

Se notează încă ipertrofia tiroidiană, sensaţie de căldură, transpiraţiuni abondente. Bea multă apă. Urinează des. Fosfatele sunt mărite în urină.

Un tratament tiroidian a adus o evidentă ameliorare, în executarea mişcărilo (ca proecţiunea limbei, deglutiţie, vorbire), cari erau turburate de starea rigidă a muschilor organelor respective. Din nenorocire tratamentul n'a putut fi continuat bolnavul părăsind spitalul. C. PARHON.

ANDREA CRISTIANI. — **Psicopatie sessuali in donne con affezioni ginecologiche.** *(Rivista italiana di Nevropatologia*, etc., No. 8, 1910. Observaţiunile a 3 femei atinse de prolaps uterin şi prezentând în acelaş timp fenomene de excitaţie sexuală exhibitionism, impulsiunea de a îmbrăţişa bărbaţii, masturbaţie, etc.

Aceste fenomene persistă chiar în mijlocul unei stări demenţiale şi la o bolnavă ce nu se mai putea ridica în pat din cauza unui ictus apoplectic urmat o emiplegie.

Autorul nu admite o relaţiune de cauză şi efect între afecţiunea genitală şi psihopatie. Crede însă că prima prin răsunetul ce a avut asupra anesteziei a dat tonul, coloritul erotic al turburărilor mentale. C. PARHON.

Archives d'ophtalmologie

Ianuarie.

VAN DUYSE şi DENOBELE. — **Sarcomul orbitei vindecat prin radiotherapie.** Părerea autorilor, la fel cu a lui Kienböck este de a începe tratamentul sarcoamelor orbitei prin radioterapie, rămânând ca în caz de nesucces, sarcomul ne fiind radiosensibil, să se recurgă la ablaţiune.

Autorii în cazul pe care-l publică e vorba de un sarcom endotelial al orbitei cu metastase cutanate, singurele apreciabile, şi care se vindecă repede prin radioterapie.

Un copil în etate de 16 ani cu o tumoare voluminoasă a orbitei drepte, ulcerată şi sângerândă, care a impins ochiul direct înainte.

Având în vedere starea de marasm în care se găsea bolnavul, precum şi generalisarea tumoarei la segmentul extern (faţa anterioară şi posterioară a trunchiului), se amână ori-ce intervenţie chirurgicală, aplicându-se tratamentul radioterapic.

După 12 şedinţe de aplicaţiune în dose fracţionate: 4 şedinţe a 10 minute la o zi interval fiecare serie, urmată de un repaos de 15 zile, tumoarea a dispărut complet, pe când tumorile din piele după 24 aplicaţiuni nu s'au modificat mult.

De aci autorii trag concluzia interesantă anume că tumoarea orbitară a fost radiosensibilă pe când tumorile cutanate, cu toată structura asemănătoare şi poziţia mai favorabilă au rezistat radioterapiei.

In fine radioterapia trebue să complecteze ablaţiunile sarcoamelor orbitare, fără prejudiţiul fulguraţiunei lui Keating-Hart. I. C.

N. SCALINCI (Neapole). — **Asupra deosebirilor patogenice între glaucomul iritativ şi glaucomul simplu.** După o revistă a diferitelor teorii patogenice în glaucome şi pe cari autoriilor le aplică deopotrivă glaucomului iritativ şi celui simplu, Scalinci expune părerea sa, că trebue deosebit mecanismul producerei acestor 2 feluri de glaucom. Mai întâi autorul susţine că eliminarea umoarei apoase din ochiu nu e un fapt fisic, o simplă filtrare prin canalul lui Schlemm sau alte căi limfatice vaginale, etc., ci e un *processus biologic*, o adevărată absorbţie a acestui lichid la care contribue ţesutul conjunctiv şi elastic al ţesuturilor oculare şi sistemul capilar al globului.

Acestea zise, S. explică ast-fel mecanismul creşterei tensiunei intraoculare.

In forma iritativă şi mai ales acută presiunea ochiului creşte repede, din pricina creşterei conţinutului lichid în cavitatea corpului vitros din care cauză ţesuturile şi mai ales vasele foarte comprimate, nu mai pot absorbi lichidul.

Ast-fel se explică vindecarea în mai toate cazurile operate de glaucom acut.

In glaucomul simplu din contră lesiunea iniţială există tocmai în ţesuturile destinate a absorbi lichidul intra-ocular, chiar secretat în cantitate normală.

Prin urmare cauza glauconului acut este transudatia, iar lesiunile ţesuturilor oculare i sunt consecinţa, pe când a celui simplu este hipo-absorbantă, iar alteraţiunile ţesuturilor îi sunt cauza. I. C.

CH. ABADIE. — **Sclérectomis şi iridectomia în glaucom.** Autorul discută observaţiunile publicate de Lagrange, care susţine că nu iridectomia ar vindeca glaucomul cronic simplu, ci resecţiunea unei părţi din sclerotică.

Autorul conchide:

1. Că până acum D. Lagrange nu a adus proba peremptorie că ar vindeca glaucomul cronic *simplu* prin sclerectomie.

2. Că glaucomele vindecate fie prin sclerectomie simplă, fie prin iridosclerectomie, s'ar fi vindecat şi prin iridectomie, operaţie mai simplă, mai uşoară, mai puţin periculoasă, făcându-şi probele în lumea întreagă de mai mult de 50 ani.

COULLAND, medic căpitan.—**Opt cazuri de oftalmie electrică.** După expunerea clinică a 8 observaţiuni autorul atrage atenţiunea asupra următoarelor puncte:

1. Lunga perioadă trecută între apariţia turburărilor visuale şi cauza care le-a dat naştere. Bolnavii nu au avut nici durere nici cea mai mică jenă timp de $7^{1}/_{2}$—17 ore după accident.

2. Slaba intensitate a fenomenelor dureroase (fotofobie intensă sensaţie de corpi streini) apărute după această perioadă de linişte absolută şi iuţeală cu cari s'au vindecat în toate cazurile.

3. Relaţia destul de netă, ce pare a exista între durata acestei perioade de incubaţie şi gravitate, sau mai bine intensitatea iritaţiunei produse de arcul voltaic asupra aparatului ocular.

4. Cu cât fenomenele au apărut mai târziu cu atât durata lor a fost mai mică şi intensitatea mai slabă.

Ca tratament C. a întrebuinţat soluţia de coçaină cu puţin adrenalină 1$^0/_{00}$.

Oftalmia electrică pare datorită acţiunei razelor chimice sau razelor luminoase violete şi ultaviolete, în nici un caz razelor calorice.

GAUTRELET. — **Adrenalina, reactiv al lesiunilor simpaticului ocular.** In urma experienţelor făcute pe animale şi la un om ca simpaticul cervical tăiat accidental. Autorul crede că adrenalina prezintă proprietatea de a dilata o pupilă contractată, numai când contracţiunea e datorită unei lesiuni a simpaticului.

Mai.

ROCHON-DUVIGNEAUD şi COUTELA. — **Două cazuri de anicroftalmie la hydrocefali.** Sunt observaţiunile a doui idrocefali atinşi de idroftalmie cu examenul anatomic al ochilor.

BAUDRY. — **Despre leucomul corneean central şi paracentral şi câte-va lesiuni oculare în rapoartele lor cu acuitatea visuală şi aptitudinea pentru muncă.** După arătarea pe scurt a unor serii de observaţiuni relativ la afecţiunile de mai sus, autorul trage următoarele conclusiuni:

A) Consecinţele optice ale *leucomului corneean* central sau paracentral, de origină traumatică sau patologică, variază după constituţia sa anatomică (sediu, întindere, grad de transparenţă), de la starea de calitate profesională până la conservarea integrală a aptitudinei de muncă pentru meseriile metalurgice, cu cerinţe visuale obicinuite.

In unele cazuri de simulaţiune, comparaţia consecinţelor optice ale acestui leucom cu acelea ale unui leucom identic de origină patologică, va permite să fixăm în mod echitabil reducerea valoarei profesionale ale rănitului.

Meseriile Metalurgice coprinde două categorii principale: 1. meseriile cu cerinţe usuale ridicate sau neusitând vederea binoculară, ca fiind cu deosebire de periculoase, pentru cari limita superioară a acuităţii visuale profesionale coincide cu 0,5 de acuitate visuală fisiologică; iar limita inferioară cu 0.2; 2. meseriile cu cerinţe visuale obicinuite, în cari limita superioară a acuităţii visuale profesionale coincide cu 0,4 deşi acuitatea visuală fisiologică, are limita inferioară cu 0,1.

B) In ceea-ce priveşte evaluarea aptitudinei la muncă, trebue să se ţină socoteală întâi de reducerea acuităţii visuale centrale, de presenţa sau de absenţa vederii binoculare şi a vederii simultaneu şi în fine de profesiunea rănitului.

C) In casul perderii unui ochiu trebue ţinut socoteala de rolul vederii binoculare în exerciţiul profesiunei rănitului, pentru că în casul când ea e de o importanţă capitală, pierderea unui ochiu va aduce o micşorare a salariului putând să atingă chiar 50% pe când alt-fel acelaş accident nu va împedica pe rănit să-şi câştige salariul întreg.

Pare echitabil a evalua reducerea valorii profesionale consecutive pierderii unui ochiu, cel-l'alt fiind normal, la 15—20 la sută, dacă e vorba de o profesiune cu acuitate visuală inferioară; la 25 la sută dacă e vorba de un meşteşug cu cerinţe visuale ordinare; la 40 la sută când e vorba de o meserie cu cerinţe vizuale superioare (vedere binoculară, acuitate ridicată).

D) Nu pare a fi exact să se considere ca orb ori-ce individ a cărui vedere e egală cu 0,1. Multe observaţiuni probează că ochiul poate lucra puţin chiar cu 1/20 de acuitate vizuată

CHEVALLEREAU şi LIÉGARD.—**Smulgerea traumatică a globului ocular şi a nervului optic**. (Vezi această revistă pag. . . .).

WECKERS. — **Exantemul conjunctivitei flictenulare, socotit ca o toxi-tuberculidă.** (Notă preliminară). Autorul, frapat de analogiile ce există între exantemul kerato-conjunctivitei flictenulare şi unele toxituberculide cutanate, bazat apoi pe părerile altor autori cari admit că scrofuloza joacă un rol etiologic considerabil, în această afecţiune, a căutat frecuenţa tuberculosei la bolnavii atinşi de flictene. Cutireacţiunea făcută la 58 copii mai mici de 15 ani, atinşi de această boală, a fost de 51 ori positivă şi numai de 7 ori îndoelnică sau negativă.

Bazat pe aceste rezultate, autorul crede că în cazuri de conjunctivită flictenulară e vorba de o toxituberculidă a conjunctivei analoagă cu toxituberculidele cutanate. Această substanţă ar fi datorită acţiunei iritante a toxinei tuberculoase, fabricată la distanţă în vre-un focar tuberculos, vărsată în circulaţiune şi apoi adusă pe cale endogenă până în conjunctivă.

Turburările oculare imediate în epidemia actuală de meningită cerebrospinală de Terrien şi Bourdier (v. această revistă, pag. .).

DR. STĂNCULEANU.—**Asupra unui caz de hemianopsie bitemporală.** Este observaţia unei fete de 18 ani, care prezintă o hemianopsie bitemporală consecutivă unei exostose a şelei turceşti, probabil de natură specifică, având în vedere că boala s'a ameliorat graţie tratamentului specific.

Iunie.

E. LANDOLT. — **Inţelegere asupra determinărei acuităţei vizuale.** Chestiunea cea mai importantă pe care a discutato şi resolvat congresul al IX-lea de oftalmologie de la Neapole este aceea a stabilirei definitive cum trebue determinată acuitatea vizuală.

S'a renunţat la litere şi s'a adoptat ca optotip un inel rupt pentru că el posedă toate calităţile necesare unui optotip universal, răspunzând admirabil principiului minimului separabil. Uşurinţa cu care se cunoaşte nu depinde de gradul de instrucţiune al examinatului. Foarte uşor poate spune unde e ruptura inelului; nu face de cât un semn cu mâna. In sfârşit e foarte uşor a întoarce inelul împrejurul axei sale pentru a schimba poziţia rupturei, ceea-ce permite a controla răspunsurile.

Tabela aranjată în acest scop de prof. Hess a fost admis de comisiune.

PROF. ROLLET. — **Douăzeci şi două de observaţiuni de tumori ale orbitei.** (v. ac. revistă, pag. . . .)

CABANNÈS. — **Buftalmia congenitală în raport cu hemi ipertrofia feţi.** (v. ac. revistă, pag. . . .)

FAGE. — **Terminaţiuni ale tuberculozei irisului.** (v. ac. revistă pag. . . .)

DR. ILIE CONSTANTINESCU.

C. PASCHEFF. — **Nouă metodă de tarsorafie.** Operaţia întrebuinţată în lagoftalmos paralitic e descris ast-fel:

1-iul timp: Dedublarea extremităţei externe a pleopelor, coprinzând şi comisura externă, printr'o incizie intermarginală.

2-lea timp: Excizia unei bucăţi triunghiulare din pielea fie-cărei pleope. Lărgimea acestor triunghiuri depinde de gradul de scurtare dorită a fantei palpebrale.

3-lea timp: Sutura marginilor tarsale prealabil avivate.

4-lea timp: Sutura coloboamelor triunghiulare.

Februarie.

VAN DUYSE. — **Ciclopie ca criptoftalmos şi chiste colobomatoase.** Este descrierea anatomică a ochilor unui fetus la care criptoftalmosul e combinat cu ciclopia.

FELIX LAGRANGE. — **Un caz de sarcom angioplastic al irisului tratat cu succes prin iridectomie.** Autorul trece în revistă cazurile de sarcom al irisului tratate prin iridectomie de diferiţi oculişti şi apoi arată observaţia unei femei de 38 ani cu un leucosarcom la partea inferioară a irisului stâng, pentru care practică o iridectomie, bolnava nevoind să-şi enucleeze ochiul.

Urmările operaţiei normale, vindecarea repede şi menţinută fără vre-o recidivă mai mult de trei ani.

COUTELA. — **Tumori ale ventriculului al 4-lea şi turburări oculare.** Este observaţia unui adult de 48 ani admis în serviciul prof. de Lapersonne şi care prezenta următoarele simptome:

Antecedente hereditare şi personale nimic important: cu un an jumătate înainte bolnavul lucrând în soare simte la un moment dat că se învârteşte pământul. Se lasă jos fără a-şi pierde cunoştinţa. După 3 săptămâni se restabileşte şi reîncepe ocupaţiunile. Insă se oboseşte mai repede. După câte-va luni, într'o dimineaţă cade la pământ deodată fără a-şi pierde cunoştinţa.

De atunci are mai multe vertige, vâjăeturi de urechi şi ameţeli. Dureri de cap violente în regiunea occipitală. Cu 6 luni înainte de a intra în spital vederea începe a-i scădea progresiv până când e obligat a intra în spital.

Prezintă o cefalee foarte intensă continuă, fără exacerbatiuni nocturne, în reg. occipitală. Crampe în membrele inferioare.

Indată ce se ridică în picioare are vertij şi trebue să se sprijine de ceva.

De partea ochilor dublă stasă papilară. De abia percepţii luminoase şi fotopsii. Puncţia lombară negativă.

Bolnavul sucombă după 2 luni. La autopsie se constata că ventriculul al 4-lea e plin cu o tumoare albă ca o ciupercă care a împins creerușul înapoi, iar înainte bulbul și protuberanța. Era un sarcom angiolitic de origină meningee.

GABRIÉLIDÉS. — **Angioepiteliom chistic benign.** (Dermoepiteliom al lui Parinaud) (Constantinopol). Autorul publică observațiunea unui băiat de 20 ani, operat cu 8 ani înainte pentru o tumoare a regiunei externe a conjunctivei bulbare corespunzând cu deschizătura palpebrală.

Nu e aderentă de sclerotică, nu sunt ganglioni: nici fenomene inflamatoare.

Tumoarea e excizată cât mai larg. Era vorba de un angioepiteliom chistic benign. Nici o recidivă după 12 ani.

COSMETATOS. — **Transformațiune fibromatoasă a unui chalazion.** (Atena). In acest cas tesulul fibros proliferase așa de mult încât pătrunsese chiar în țesutul chalazionului, transformându-l într'o tumoare fibromatoasă.

Martie.

E. LANDOLT. — **Restituția funcțională în paresiile oculare.** Autorul susține că în strabismele paralitice intervenția nu e suficientă chiar, dacă corecțiunea deviației e perfectă: E absolută nevoe ca restituția să fie completă și din punct de vedere funcțional: adică escursiunile în diferitele direcțiuni, câmpul de fixație binocular, amplitudinea convergenței să revină la normal.

Aceasta nu se poate obține printr'o tenotomie în caz de strabism convergent, ci numai printro avansare capsulo musculară. In sprijinul acestor idei autorul aduce rezultatul perfect obținut in 2 cazuri.

LAGRANGE. — **Fistulizarea ochiului.** Demonstrație anatomică și experimentală a acestei fistulizari prin sclerectomie în regiunea canalului lui Schlemm.

Articol prin care răspunde d-rului Abadie (v. m. sus), precizând înțelesul cuvintelor „glaucom cronic simplu“, al sclerectoiridectomiei, sclerectomiei simple, care nu e perforantă și în fine înțelesul cuvintelor: cicatrice fistuloasă și fistulizarea ochiului, admițând ca cel mai nemerit termen, fistulizarea ochiului, scopul urmărit prin sclerectomie.

Ca probă că ochiul se fistulizează în urma acestei operațiuni autorul aduce examenul anatomic al unui ochiu enucleat, de câine, la care i făcuse o sclerectoiridectomie anterioară.

OFFRET. — **Tuberculoza intraoculară și sarcomul irisului** (Baciloză oculară). Autorul voește să susțină, în urma observațiunei publicate de dânsul, 1° tuberculoza și cancerul departe de a se exclude, se pot asocia în mod intim, și 2° chiar să se întrebe, dacă nu cumva în cazul său, tumoara sarcomatoasă, nu are o origină bacilară.

Este vorba de o femee de 72 ani, cu o tumoare pe fața inferioară a irisului pentru care ochiul fu enucleat. In urma examenului microscopic se constată un sarcom excepțional al feței posterioare a irisului (tumoare leucotică, aspect particular al vaselor și stromei), și în acelaș timp o serie de leziuni alterațiuni tuberculoase foliculare, în diferitele regiuni ale ochiului.

Pentru a proba că acest sarcom, ar fi de origină bacilară, autorul nu are de cât semne de presumţie şi anume 1) coexistenţa, vecinătatea imediată a leziunilor bacilare şi cancerului, 2) caracterele excepţionale ale sarcomului şi al 3-lea abondenţa şi degenerescenţa ţesutului conjunctiv în mai multe puncte ale tumoarei, alteraţiune care se întâlneşte foarte des în tuberculoză.

CAUVIN. — **Nevralgia corneană traumatică recidivantă.** Keratalgia traumatică. Este o revistă generală a acestei afecţiuni provocată de observaţia unui caz tipic, rar de altfel, afecţiunea fiind abia menţionată în tratatele clasice.

Autorul descrie istoricul, etiologia, simptomatologia. Prognosticul, diagnosticul şi tratamentul, urmate de 2 observaţiuni asupra acestei afecţiuni, relativ rare.

CLERC. — **Notă relativă la un mijloc simplu pentru a determina diametrele principale în astigmatizmului.** Autorul, bazat pe tabloul lui Polak (dungi roşi şi verzi alternative de 4 mm. larg pe 6 cent. lungime), descrie un procedeu pentru determinarea diametrelor principale astigmate, anume ochiul nu va putea distinge culorile de cât în diametrul corectat prin lentile; almintrelea arcurile de difusiune vor da impresiunea de culoare cenuşie.

Aprilie.

C. MELLINGER. — **Magnetul cu pol intern.** Principiul acestui aparat magnetic e bazat pe acţiunea unui solenoid, care să poată încadra capul bolnavului, asupra ori-cărei bucăţi de fier aflate în câmpul său magnetic. Atât fragmentul din ochiu cât şi o bară subţire de fier ţinută de mâna operatorului în cercul solenoidului, devin prin trecerea curentului electric, adevăraţi electro-magneţi, cari se atrag între ele în raport cu mărimea barei de fier. Cele 36 de extracţiuni de corpi magnetici intraoculari, cu 34 rezultate pozitive confirmă avantajele acestui nou electromagnet.

L. WECKERS. — **Contribuţiuni la anatomo-patologia şi la patogenia kistelor glandei lacrimale.** Autorul face o revistă generală, după ce aminteşte cazurile descrise de Lagrange, în care s'a făcut examenul anatomic, precum şi cazurile lui Sourdille, arată observaţia unui caz studiat de dânsul. E vorba de un kist al glandei lacrimale accesorii la un copil de 8 ani, tumoarea s'a desvoltat spontaneu, are mărimea unei alune, care proemină din fundul de sac extern al conjunctivei când se depărtează pleoapele, are o coloare cenuşie fluctuentă.

Examenul istologic arată că tumoarea este constituită dintr'un kist unic, în cavitatea căruia se deschid alte cavităţi kistice mai mici.

Patogenia acestor kiste e pusă pe socoteala unui proces infecţios de pe conjunctivă, care ar astupa orificiul canalului excretor, înapoia cărui obstacol s'ar produce dilataţia kistică.

CANTONNET. — **Mişcări involuntare de ridicare a pleopii asociate cu acelea ale maxilarului şi feţii.** Un lucrător brutar alcoolic fără antecedente sifilitice, prezintă în mod subit, a doua zi după extragerea unui dinte, un ptosis foarte pronunţat al pleopei superioare stângi, diplopie şi o paralizie facială stângă, care dispăru după 4 luni. Tot-de-odată apărură şi mişcările asociate ale pleopii paralizate, care, deşi în neputinţă de a se ridica sub influenţa voinţei, se ridica cu toate acestea când deschidea gura, ca să mănânce, cu chipul acesta ajunse de râsul camarazilor.

Autorul grupează apoi cazurile de mişcări involuntare de ridicare a pleoapii asociate, cu mişcările maxilarului sau feţii şi publicate de diferiţi autori, în 5 grupe deosebite după muschii cu ale căror mişcări e asociată ridicarea pleopii paralizate.

DR. ILIE CONSTANTINESCU

Ginecologie

S. CHOLMOGOROFF. — **Nierendekapsulation bei Eklampsie.** *Centralbl. f. Gynäkol*, No. 28, 1910. Deşi Edebohls preconizàse încă din 1902 de capsularea renală ca tratament al eclampsiei totuşi numărul intervenţiunelor a fost limitat până în Ianuarie 1910, numai la 43. Mortalitatea a fost de 41,81%. Dacă din aceste cazuri se scot 4 în care eclampsia nu a fost cauza morţii, atunci mortalitatea cade la 32,55 la sută.

Nu trebuie însă să se uite, că cazurile în care se intervine, sunt în genere grave. Autorul dă 2 observaţiuni de eclampsie gravă, dintre aceste numai la una a făcut decapsularea cu rezultat letal, iar în al doilea n'a intervenit şi bolnava s'a vindecat.

In primul caz fusese vorba, de o primipară care înainte de intrarea în clinică avusese opt accese eclamptice; accesele devenind din ce în ce mai dese, se grăbeşte facerea şi se scoate copilul cu forcepsul, starea nu se îmbunătăţeşte cu toate mijloacele clasice întrebuinţate şi bolnava cade în corma. Atunci se face decapsularea de ambele părţi. După intervenţie 2 noi accese, în vezică nu ie urină de loc. Bolnava sucombă 9 ore de la intervenţie.

Ar putea obiecta cine-va că s'a intervenit prea târziu, cu toate acestea într'un caz tot atât de grav intervenţia a fost amânată ivindu-se o mare ameliorare, iar în urmă starea îmbunătăţindu-se, s'a renunţat la intervenţie. Dacă în acest din urmă caz se intervenea, chiar târziu şi bolnava se vindeca, s'ar fi pus totul pe socoteala decapsulării.

M. TRANCU-RAINER.

E. BIRCHER. — **Eine seltene Form der vikariierenden Menstruation.** O formă rară de menstruaţie vicariantă. *Zentr. f. Gynäc.*, No. 28, 1910. Se cunosc cazuri de menstruaţie vicariante prin piele, sân, etc., autorul însă semnalează un caz de menstruaţie vicariantă prin plaga operatorie.

Era vorba de o femeie de 40 de ani, căreia făcuse ventrofixaţie uterului pentru prolaps. Plaga a supurat. Timp de câte-va luni sângele menstrual s'a scurs la nivelul plăgii de laparatomie, iar din plagă scurgerea iese minimă.

Din cauza supuraţiei s'a produs o eventraţie care a necesitat o nouă intervenţie, când s'a constatat că nu era nici o comunicare între cavitatea uterină şi pielea aldominală.

Autorul mai atrage atenţiunea asupra unor fapte excesiv de interesante

Dacă făcea operaţiuni de gură, înainte cu 1—3 zile de menstruaţie atunc cu toată legătura meticuloase a vaselor, în plagă se făceau adesea hematoame, cei ce ar fi până la un punct explicabil, dată fiind legătura între tiroidă şi organele genitale. Acelaş lucru însă l'a eliminat când opera în aceliaşi condiţiuni apendicite hernii, tumori mamare.

Foarte arare-ori observa hematome în plăgile operatori de gură, când operaţia şi mai ales mai multe, era făcute 2—3 zile după menstruaţie.

M. TRANCU-RAINER.

E. MERIEL. — **Utérus double avec pyomètre unilatéral post-abortum,** *Annales de Gynécologie*, Aout 1910. In antecedentele acestei femei de 25 de a se găsea cu 7 luni în urmă un avort în a 3-a lună. Ea prezinta semnele unei salpingite drepte. La intervenţiune pe cale abdominală s'a constatat că ceia ce se luase drept trompă iera cornul uterin drept plin cu puroi, pentru care s'a făcut histerectomie clasică, subtotală.

La examenul piesei s'a constatat că iera vorba de 2 corpuri uterine independente cu colurile lipite, iar scobitura între cornurile uterine foarte accentuată (uterul arcuat), ceia ce a indus în eroare a fost lipsa de vagin dublu şi prezenta numai a unui singur orificiu uterin.

Din această observaţie reiese că, la un examen ginecologic, determinarea exactă a sediului anexelor are o mare importanţă, căci poate în cazul de faţă dacă s'ar fi făcut un examen amănunţit s'ar fi evitat o intervenţiune mare.

M. TRANCU RAINER.

A. COUVELAIRE. — **Remarques sur l'irrigation artérielle du ségment inférieur de l'utérus.** (*Annales de Gynécologie*, Août 1910.) Segmentul inferior al uterului se comportă în genere în mod pasiv în timpul şi după facere.

Totuşi e greu de înţeles cum atunci când placenta se inseră pe segmentul inferior, hemoragia după facere nu trece de marginele fiziologice când corpul uterin ie bine contractat.

Hofmeier explica faptul prin aceia că arterile mari care irighiază segmentul inferior vin în el la înălţime şi deasupra inelului de contracţiune aşa încât retracţiunea hemostatică a corpului produce şi hemostaza corpului şi a segmentului inferior, şi că numai ramuri mici vin direct la segmentul inferior.

Couvelaire a făcut injecţiuni pe 4 utere şi a constatat că calibrul vaselor care irighiază direct segmentul inferior e incontestabil mai mic de cât al vaselor corporale, totuşi suficient pentru a produce o hemoragie în caz de atonie a segmentului inferior, dacă s'ar admite ca regulă atonia aşa zisului segment inferior.

Limita între corp şi canalul istmic nu este nici francă, nici bruscă, unda musculară a corpului poate să se propage şi în canalul istmic şi în părţile superioare ale colului,

Cauvelaire nu admite o atonie complectă a segmentului inferior, mai ales la cazurile în care inserţiunea placentei a împiedicat ampliaţiunea şi distensiunea lui.

M. T.-R.

D. VELITZ. — **Über des Frühaufstehen der Wöchnerinnen.** (*Zentrablatt f. Gynälkologie*, No. 25, 1910). Autorul studiază un număr de 496 de lăuze şi din comparaţia făcută între femeile care se scoală mai curând şi acelea care scoală în mod obicinuit din pat, ajunge la concluziunea că uterul involuează mai repede, scurgerea încetinează mai curând, că nu se observă nici lordoză, nici embolie la prima categorie. De aceia a adoptat ca regulă ca lăuzele care se simt bine se pot mişca în pat de la a 3-a zi şi să se scoale de la a 5-a zi.

In privinţa aceasta, nu se pot da regule generale, ci trebuie individualizat pentru fie-care caz în parte.

Dacă bolnava se simte în puteri nu ezităm de a o lăsa să se mişte şi să se ridice în pat chiar din prima sau a doua zi. Şi dacă avem a face cu o femeie neanemiată şi după o facere normală, am putea să o lăsăm să şadă la marginea patului şi chiar să umble câte puţin de la a cincea zi.

Cu totul de sigur va fi linia noastră de conduită când nu am putut supraveghia facerea de la început şi când va fi vorba de o facere anormală şi de un organizm slăbit.

M. T.-R.

PROUST et BENDER. — **Grossesse tubaire récidivée.** Grossesse isthmique non rompue avec début d'inondation peritonéale par hémorrhagie au travers du pavillon de la trompe resté perméable. *Société anatomique de Paris.* Février, 1910. Femeia aceasta de 24 ani, fusese operată pentru o sarcină extrauterină. La parotomie şi rezecţia trompei drepte. La 9 Ianuarie părăseşte serviciul, la 18 Ianuarie se reîntoarce spunând că are o întârziere în menstruaţie de 12 zile. Examinată fiind se constată o mică tumefacţie în fundul de sac lateral stâng şi uşoare metroragii. Se pune diagnosticul de sarcină extrauterină stângă. La 7 Februarie bolnava e apucată de dureri. Prezintă semne de inundaţie peritoneală.

Laparotomie. Se constată prezenţa unei cantităţi însemnate de sânge în abdomen.

Era vorba de o sarcină istmică la stânga şi hemoragia se făcea la nivelul pavilionului trompei, fără ca să fie cea mai mică ruptură. Un stilet introdus prin pavilion străbătea liber până la nivelul trompei ectaziate.

M. T.-R

REVISTE ŞI PUBLICAŢIUNI STREINE

Traité des maladies de l'Oesophage, par le Dr. Guisez, ancien chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 316 pages, avec 139 figures : 14 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Toute méthode d'exploration neuve ouvre le jour sur des horizons inexplorés. L'auscultation, la percussion, la thermométrie clinique, la chimie médicale, la technique histologique, la bactériologie, les rayons X, l'étude de la tension artérielle, autant d'instruments ignorés de nos pères et que les progrès de la science ont mis à notre disposition depuis cent ans.

L'œsophagoscopie est l'œuvre de M. J. Guisez. Il a déjà publié de nombreux mémoires originaux sur ce sujet. Ils étaient comme les matériaux préparatoires du volume actuel. Ce dernier prendra date dans la littérature médicale. Pour

la première fois, nous possédons un livre où les maladies de l'œsophage sont étudiées d'une façon vraiment scientifique avec les renseignements fournis par la vision directe de la lésion. Aussi combien d'erreurs commises jadis. C'étaient des erreurs de localisation; beaucoup de malades œsophagiens étaient soignés pour des troubles gastriques (cardiospasmes pris pour une sténose du pylore) ou pour des accidents nerveux. De plus, que d'erreurs de nature! Que de sténoses prises pour des cancers! Une fois sur dix, nous apprend M. Guisez, ce diagnostic est erroné, et à la place du cancer, maladie incurable, l'endoscope révèle une affection (spasme avec contracture, sténose cicatricielle spontanée, etc.), curable par des moyens endoscopiques.

Ce sont là documents cliniques de haute valeur. Ce livre de M. Guisez en fournit une énumération à la fois riche et entièrement originale. Toutes les pages en sont à lire.

M. Guisez est déjà bien connu, d'une part, des praticiens par la publication de sa *Pratique Oto-larynqologique*, manuel destiné spécialement aux médecins praticiens et aux étudiants, et, d'autre part, des spécialistes par ses remarquables publications sur la Trachéobronoscopie et l'Oesophagoscopie.

Anul VI, No. 10. Octombrie 1910. Volumul II.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Spitalul Brâncovenesc. — Serv. medical (Prof. Dr. Buicliu)

D. DANIELOPOLU

CERCETĂRI CLINICE ASUPRA TURBURĂRILOR RITMULUI CORDULUI 1)

I

INTRODUCERE ŞI CLASIFICARE

In ce priveşte patologia cordului, clinica veche franceză s'a limitat aproape exclusiv la studiul leziunilor orificiale, lăsând deoparte turburările ritmului cordului. De câţi-va ani abia, mai ales în Germania şi în Anglia, s'a început cercetări serioase asupra acestei chestiuni.

Descoperirile noi în ce priveşte constituţiunea anatomică a miocardului şi fisiologia lui, au dat naştere la o serie considerabilă de cercetări de control cari au contribuit foarte mult la explicaţiunea diverselor stări patologice ale ritmului cardiac. Cu toate că teoria miogenă a lui Engelmann şi Gaskell, este departe de a fi ştiinţificeşte probată, totuşi această teorie, prin numeroasele cercetări şi interminabilele discuţiuni sciinţifice ce a provocat, a făcut

---

1) Incepem publicarea cercetărilor noastre asupra ritmului cordului în stare patologică. Acest studiu va ocupa mai multe articole, cari vor fi publicate succesiv în Revista Ştiinţelor Medicale. Cum chestiunea este relativ nouă, pentru înţelegerea aritmiei şi patogeniei sale, credem necesar a face într'un prim articol, cel de faţă, o scurtă revistă generală coprinzând cunoştinţele noastre actuale asupra ritmului cordului în stare normală şi o descripţie succintă a noilor metode cari au servit clinicianilor pentru studiul aritmiei. In articolele următoare vom expune rând pe rând diferitele varietăţi de aritmie, rezumând la început starea actuală a studiului chestiunei şi dezvoltând în urmă cercetările personale.

să progreseze în mod considerabil studiul ritmului cordului normal şi patologic.

De altă parte noile metode de cercetare clinică, şi în special introducerea în clinică a metodei grafice, graţie căreia putem aprecia în mod exact ceea-ce se petrece în diversele porţiuni ale miocardului în timpul unei revoluţiuni cardiace, au servit enorm la înţelegerea aritmiei. In adevăr, cu ajutorul poligrafelor putem actualmente face un studiu adevărat ştiinţific al turburărilor ritmului cordului.

Prin ultima şi cea mai bună metodă de înregistrare a contracţiunei cardiace, electro-cardiografia, în fine, s'a ajuns să se studieze cu mai multă preciziune şi s'a descoperit fapte noi cari nu se pot pune în evidenţă de cât prin această metodă. Din nefericire instalaţiunea costistoare pentru electrocardiografie, a făcut ca, deşi această metodă datează de mai mulţi ani, numărul lucrărilor să fie restrâns şi studiile incomplete. Multe cercetări încă sunt de făcut prin această metodă şi desigur multe fapte noi vor fi descoperite în patologia ritmului cordului prin electrocordiografie.

Chestiunea aritmiei este foarte complexă. Nu putem înţelege destul de bine rezultatele la cari au ajuns observatorii, dacă nu avem oare-cari noţiuni asupra noilor cercetări făcute în domeniul anatomiei şi fiziologiei miocardului, dacă nu cunoaştem adică ritmul cardiac normal după ultimele vederi ale autorilor.

Credem de aceea necesar ca, înainte de a intra în studiul fiecărei varietăţi de aritmie şi de a expune cercetările noastre personale, să facem o revistă generală asupra acestor chestiuni, urmată de o clasificare raţională a diferitelor turburări ale ritmului cardiac.

* * *

O descoperire importantă a servit în deosebi cercetătorilor moderni în studiul aritmiei. In 1876 Paladino descrise la animalele cu sânge rece un fascicul care reuneşte atriile cu ventriculii şi căruia atât acest autor, cât şi mai târziu Gaskell (1883), au atribuit fucţiunea de conducţiune a stimulului de la bază la vârful cordului.

Pentru autorii din această epocă existenţa unui fascicul muscular între atrii şi ventriculi era considerată ca proprie animalelor cu sânge rece, iar cordul mamiferelor era privit ca format din două mari părţi, atriile de o parte, ventriculii de alta, complet separate între ele.

Lui Stanley Kent (1893) datorim descripţiunea unei fascii atrio-ventriculare la mamifere.

Deşi fascia atrio-ventriculară fusese descrisă de Paladino, apoi de Gaskell, în urmă la mamifere de Kent, sistemul care reuneşte atriul cu ventriculul poartă actualmente numele de fascia lui His. In acelaşi an ca şi Stanley Kent, acest din urmă autor a dat o descripţiune a sistemului atrio-ventricular, mult mai completă şi mai precisă ca a primului, arătând că există la toate mamiferele şi la om.

His a fost pe lângă aceasta primul autor care a demonstrat pe iepure că secţiunea acestui fascicul provoacă independenţa ritmului ventricular, şi care s'a întrebat dacă sindromul cunoscut în clinică sub numele de puls lent permanent, nu este datorit unei întreruperi a fascicului care uneşte atriul cu ventriculul.

Cercetările sale au fost în urmă pe deplin confirmate de Braeunig, Retzer, Humblet, Keith şi Flack, Ashoff, Fahr, etc. Studiile cele mai complete asupra sistemului atrioventricular au fost în urmă făcute de Tawara.

Până la acest autor se admitea că fascia lui His se termină după un scurt traiect în două ramuri cari se pierd în miocardul ventricular. Tawara a arătat pentru prima dată că cele două ramuri ale fasciei lui His, ajunse sub endocard, se ramifică foarte bogat, continuându-se cu reţeaua musculară de natură embrionară sub-endocardică, cunoscută de mult sub numele de reţeaua lui Purkinje.

Mönckeberg în urmă, în importanta sa lucrare *„Untersuchungen über das Atrio ventricular-bündel im menschlichen Herzen“* (1908), aduce contribuţiuni importante în chestiunea anatomiei şi patologiei sistemului atrio-ventricular.

Sediul principal al sistemului de conducere este septul interauricular (o mică porţiune inferioară) şi septul interventricular. Ramificaţiile sale ultime se răspândesc şi pe ceilalţi pereţi ai cavităţilor ventriculare.

Fascicului lui His ica naştere deasupra septului fibros inter-atrio-ventricular sub forma unei reţele musculare foarte complicate care formează partea cea mai groasă a porţiunei auriculare a fascicului, denumită de Tawara *nodul* sistemului. Nodul lui Tawara este situat în peretele auriculului drept, lângă septul inter-auricular, înăuntrul orificiului marei vene coronare. Nodul este în conexiune cu ţesutul muscular auricular şi ventricular prin două prelungiri. Una

posterioară mică, care se îndreptează îndărât, în spre împrejurimile sinului coronar unde se continuă cu ţesutul muscular propriu al atriului ; o altă prelungire, **anterioară,** care trecând în septul interventricular, pe sub valva septală a tricuspidei, formează cea mai mare parte din sistem. Aceasta din urmă este dirijată în jos şi puţin înainte, traversează septul fibros inter-atrio-ventricular şi intră în partea superioară a septului care separă cei doi ventriculi, unde se desparte în două ramuri inegale.

Ramura stângă, cea mai desvoltată, se îndreaptă în afară, şi ajungând sub endocardul care tapetează peretele intern al ventriculului stâng, se lărgeşte mult descinzând către vârful cordului.

După un parcurs oare-care emite numeroase ramificaţii cari se anastomosează între ele şi formează o reţea mai bogată pe sept, dar care se întinde şi pe stâlpi şi pe cei-l'alţi pereţi ai cavităţei, până la vârf. Parte din aceste ramuri intră chiar în grosimea pereţilor ventriculului stâng.

In tot parcursul său, ramura stângă şi ramusculele ce iau naştere din ea, sunt separate de restul ţesutului miocardic printr'o teacă conjunctivă subţire.

Ramura dreaptă mult mai puţin desvoltată, are un traect lung de 2 cm. în chiar grosimea septului, fiind separată de ţesutul miocardic printr'o teacă conjunctivă bine desvoltată, şi numai mai jos ajunge sub endocard, unde se termină în ventriculul drept în acelaş mod ca şi ramura stângă în ventriculul de aceiaşi parte.

Ultimele ramificaţii inferioare ale sistemului atrio-ventricular sunt constituite de aşa numitele *celule ale lui Purkinje*.

Intregul sistem este independent de restul fibrelor endocardului, fiind înconjurat pretutindeni de ţesut conjunctiv şi nu intră în contact cu fibrele musculare miocardice decât prin cele două extremităţi, *unde fibrele fasciculului se continuă direct cu elementele proprii ale atriului pentru capătul superior, ale ventriculului pentru cel inferior.*

Studiul istologic al sistemului atrio-ventricular, arată deosebiri importante între elementele cari constituesc acest sistem şi restul celulelor musculare ale miocardului.

In porţiunea sa *auriculară*, fasciculul este format de fibre subţiri de un diametru mai mic ca acel al fibrelor musculare proprii ale atriului,neregulate, cari se întretaie în multe puncte, formând o reţea cu ochiuri inegale. Modul de repartizare al striaţiei.

deosibeşte fibra musculară auriculară, la care striaţia este regulată şi întinsă în toată grosimea fibrei, de fibra care constitue porţiunea auriculară a fasciculului lui His, în care fibrilele sunt repartizate în mod neregulat, mai desvoltate pe alocurea, de cele mai multe ori la periferie.

Ajungând în *ventricul*, constituţia fasciculului se schimbă. In porţiunea superioară a septului interventricular, celulele cari constituesc sistemul sunt triunghiulare, dreptunghiulare sau poligonale, şi prezintă prelungiri neregulat distribuite, prin ajutorul cărora celulele se anastomosează între ele formând o reţea. Sarcoplasma acestor celule este mult desvoltată, striaţia neregulat distribuită, când la centru, când la periferie, când în fine, sub formă de câmpuri situate fără nici o regulă în corpul protoplasmic.

In ramificaţiile terminale ale fasciei lui His, celulele care constituesc sistemul sunt de tipul celor descrise de Purkinje, adică de o formă poligonală, regulate, fără prelungiri, cu unul sau doi nuclei centrali înconjuraţi de o zonă clară. Sarcoplasma este mult desvoltată, iar *striaţia nu se întâlneşte de cât la periferie.* Ele au în totul aspectul celulelor striate embrionare, pentru care motiv sunt onsiderate ca fibre musculare oprite în desvoltare (Aéby).

Trecerea de la fibrele care constituesc sistemul atrio-ventricular, la fibrele musculare auriculare şi ventriculare se face în modul următor:

La nivelul capătului superior, fibrele musculare auriculare se subţiază, devin mai neregulate şi mai puţin striate, se anastomosează între ele, formând ast-fel începutul fasciei atrio-ventriculare.

La nivelul punctului de trecere inferior, adică la sfârşitul ramurilor terminale ale fasciculului lui His, celulele poligonale ale lui Purkinje se alungesc, devin din ce în ce mai striate, sarcoplasma diminuează, şi în cele din urmă iau aspectul fibrelor musculare ventriculare cu cari se continuă.

Aceste puncte de trecere inferioare sunt foarte numeroase, atât în grosimea pereţilor ventriculilor cât şi sub endocard.

Ţesutul conjunctiv care înconjoară fasciculul se subţiază la acest nivel, continuându-se în cele din urmă cu perimiziul fibrei musculare cardiace.

In afară de aspectul histologic al fibrelor fasciei lui His, acestea se mai deosibesc de restul elementelor miocardice prin conţinutul lor în glicogen. Incă din 1885 Marchand a constatat existenţa de glicogen în cantitate mare în fibrele lui Purkijne şi lipsa lui în restul miocardului. Cercetările ulterioare ale lui Aschoff, Nagayo şi Mönckeberg au confirmat constatările lui Marchand. Pe când la rumegătoare glicogenul este distribuit în mod abundent în fascia lui His, cantitatea de glicogen este foarte variabilă la om. După Mönckeberg în adevăr, această substanţă ar exista numai la indivizii de constituţie bună, pe când la cei slăbiţi, cachectici, glicogenul ar fi absent.

Porţiunea din fascia lui His care conţine cea mai mare cantitate de glicogen este cea ventriculară.

Sistemul atrio-ventricular este irigat de o arteriolă proprie, care iea naştere din artera coronară dreaptă, un fapt de importanţă deosebită în patologia miocardului.

Autorii cari au studiat înaintea lui Tawara fasciculul atrio-ventricular nu vorbesc de existenţa elementelor nervoase în acest sistem. Chiar în lucrările lui Tawara (1905) şi Aschoff (congresul de la Toronto, 1906), apărute înainte de lucrarea de ansamblu a lui Tawara, nu se menţionează existenţa de fibre nervoase.

In 1906 autorul japonez descrie o reţea foarte bogată de fibre nervoase, care se amestecă într'un mod foarte intim cu fibrele musculare şi care posedă în septul interventricular celule ganglionare.

Mai mulţi autori cari au lucrat în urmă, dintre cari Gordon Wilson, în 1909, descriu de asemenea o reţea nervoasă cu celule ganglionare în fascia lui His.

In afară de nodul lui Tawara, Keith şi Flack au descris în 1907 în peretele atriului drept, la orificiul venei cave superioare, un *nod sino-auricular*, compus din fibre foarte subţiri, uşor striate, irigate de o arteriolă proprie şi conţinând terminaţiuni ale ramurilor pneumogastricului şi simpaticului.

Aceşti observatori cred că nodul sino-auricular reprezintă o porţiune din sinul venos embrionar şi că este punctul de unde pleacă contracţiunea cordului, hipoteză admisă în urmă de Aschoft, şi care pare confirmată de experienţele lui Hering.

Thorel făcând secţiuni seriate în peretele atriulului drept la om, a ajuns la concluzia că cele două noduri, al lui Keith şi Flack şi cel al lui Tawara, sunt reunite printr'o fascie musculară cu structură identică cu aceea a ţesutului care formează aceste noduri.

Walter Koch mai întâi, Keith şi Mackenzie în urmă, nu au găsit acest sistem de unire şi consideră nodul sino-auricular ca izolat de nodul lui Tawara şi intrând în comunicare cu acesta prin chiar ţesutul auricular.

După ultimii autori, la mamifere, ţesutul nodal sino-auricular formează un cerc împrejurul orificiului venei cave superioare, fibrele sale continuându-se cu elemente superficiale ale musculaturei atriului.

După cercetările lui Hesketh Biggs (1908), fibrele fasciei lui His sunt în conexiune cu miocardul ventricular pe toată întinderea septului, şi nu numai, cum se crede în general, în terţul său inferior. Pe lângă acestea autorul crede că cele două ramuri se distribuie nu numai ventriculului corespondent, dar şi celui de partea opusă.

Sistemul atrio-ventricular este rămăşiţa ţesutului care formează tubul cardiac primitiv, al cărui capăt posterior se numeşte sinul venos.

In cordul adult rămăşiţele sinului venos sunt reprezentate prin partea finală a venelor cave şi poate pulmonare, sinul coronar şi o parte din atriul drept situat între orificiile venelor cave. In acelaşi timp restul tubului primitiv încetează de a exista ca tub, şi rămăşiţele lui sunt reprezentate prin fascia lui His.

Fascia atrio-ventriculară are de funcţiune principală conducţiunea stimulului de la atriu la ventricul.

Punctul de plecare al contracţiunei este în stare normală nodul sino-auricular, de unde stimulul trece la atriu, la nodul lui Tawara şi de aci prin septul interatrio-ventricular, la ventricul. După Aschoff, punctul de plecare este orificiul venei coronare. Mackenzie crede că orificiul venei cave superioare (nodul lui Keith şi Flack), nu este singurul punct de unde stimulul poate pleca în stare normală şi că el poate lua naştere une-ori şi la orificiul coronarei sau la cele ale venelor pulmonare.

In afară de această proprietate principală, *conductibilitatea*, fascia lui His poate încă fi sediul, ea însăşi, a punctului de plecare al contracţiunei cardiace. Ast-fel Lohmann, excitând nodul lui Tawara, a putut provoca o contracţiune simultană a atriului şi ventriculului. Acest fenomen se produce în stare patologică în forma de aritmie descrisă de Mackenzie sub numele de *ritm nodal*.

In stare patologică, rămăşiţele tubului cardiac primitiv, enumerate mai sus, posedând mai mult de cât restul ţesutului cardiac adult funcţiunea de automaticitate, poate fi sediul punctului de plecare al contracțiunei. Din aceste rămășițe, nodul sino-auricular este cel mai excitabil în stare normală, și iată de ce punctul de plecare normal este acesta.

⁂

Pentru înțelegerea turburărilor ritmului cardiac, este nevoie de a da oare-cari noțiuni asupra contracțiunei ritmice a miocardului în stare normală.

Din 1869, de când Engelmann în Germania și Gaskell în Anglia, au emis așa numita *teorie miogenă* a contracțiunei cardiace, au apărut numeroase lucrări, unele susținând teoria acestor doi autori, altele combătând-o și sprijinind vechea teorie neurogenă a contracțiunei cardiace.

După teoria miogenă, celulele musculare cardiace chiar, și nu sistemul nervos cardiac, dezvoltă excitațiunile motoare necesare pentru contracțiunea normală a cordului. Nu există în cord centru nervos automatic motor, celulele musculare ele înși-le fiind organul central excito-motor.

Fibrele musculare situate împrejurul orificiilor marilor vene ale bazei, *posedând un grad de excitabilitate automatică mai pronunțat decât fibrele restului miocardului*, contracțiunea cardiacă iea naștere chiar din aceste fibre și de acolo se transmite în spre ventricul.

Propagarea excitațiunei de la atriu la ventricul se face, după teoria miogenă, nu prin nervi, ci prin comunicare directă din celulă musculară în celulă musculară, de oare-ce acestea nu sunt separate între ele, ci formează o singură enormă masă contractilă.

Care este atunci rolul sistemului nervos extra și intra-cardiac? His, Romberg, Krehl și Romberg susțin că ganglionii cardiaci sunt pur sensitivi. De altă parte însă Kronecker și Retzius cred că tipul celulelor ganglionare ale cordului, seamănă într'un mod prea evident cu celulele motoare ale centrilor nervoși, ca cele ale coarnelor anterioare, pentru a nu considera aceste celule ca motoare.

Engelmann în 1900 admite că sistemul nervos al cordului are o acțiune asupra ritmului lui, nu pentru a produce contracțiunea sa ritmică, ci numai pentru a modifica în mod pozitiv sau negativ proprietățile sale esențiale.

Gaskell și Engelmann, ca și toți partizanii teoriei miogene, admit că miocardul posedă cinci proprietăți esențiale:

1. Proprietatea de a produce un stimul care poate să excite miocardul la contracţiune — *automaticitatea.*

2. Proprietatea de a primi stimulul — *excitabilitatea.*

3. Proprietatea de a conduce stimulul prin chiar fibrele musculare — *conductibilitatea.*

4. Proprietatea de a se contracta când este stimulat — *contractilitatea.*

5. In fine o ultimă proprietate esenţială este aceea pe care o are miocardul de a se menţine într'un oare-care grad de contracţiune chiar când mişcarea activă a încetat — *tonicitatea.*

1. *Producţiunea stimulului (automaticitatea).* Fibrele miocardice posedă puterea de a produce în ele înşile stimulul necesar contracţiunei, şi pentru aceasta nu este nevoie după miogenişti de intervenţiunea sistemului nervos intra-sau extra-cardiac. *Stimulul este produs în mod continuu în fibrele miocardice.* Când suficientă cantitate de materie necesară stimulului a fost produsă, ea este complet utilizată pentru a excita cordul la contracţiune. După sfârşitul contracţiunei reîncepe acumularea stimulului necesar, care progresează până la finele diastolei cardiace, moment în care cantitatea acumulată este utilizată pentru producţiunea sistolei următoare.

Sistemul nervos motor al cordului poate modifica în mod pozitiv sau negativ automaticitatea sa, şi se dă numele acestei acţiuni, de *influenţă cronotopă, pozitivă sau negativă.*

O excitaţiune a vagului răreşte contracţiunile inimei, are deci o influenţă cronotropă negativă, pe când o paralizie a pneumogastricului sau o excitare a simpaticului, este urmată de o acceleraţie, adică are o influenţă cronotropă pozitivă.

2. *Excitabilitatea* este proprietatea inerentă fibrei musculare de a primi stimulul. Imediat ce cordul a fost stimulat să se contracte, fibrele musculare nu mai sunt capabile de a primi un al doilea stimul pentru timpul în care miocardul este în sistolă. Această perioadă iea numele de *perioada refractară a cordului.*

In timpul diastolei excitabilitatea revine încetul cu încetul până la finele său, moment în care proprietăţile esenţiale ale cordului au revenit la maximum şi permit reintrarea în sistolă a miocardului.

Ori-ce factor care lucrează într'un fel sau în altul asupra excitabilităţei miocardului, are o influenţă *batmotropă, pozitivă sau negativă.* Ast-fel o excitaţiune a pneumogastricului poate diminua excitabilitatea miocardului, adică poate avea o influență batmotropă negativă.

3. *Conductibilitatea.* Stimulul normal născut împrejurul marilor vene ale bazei, adică în punctul cel mai excitabil al miocardului, este condus după miogeniști, din fibră în fibră musculară la toate segmentele cordului.

Excitațiunea plecată de la nivelul nodului lui Keith și Flack, trece printr'un fascicul special, sau mai probabil prin fibrele proprii ale atriului, în regiunea nodului lui Tawara și de aci, prin fibrele musculare chiar cari formează fascia lui His, la celulele musculare proprii ale ventriculului.

Teoria miogenă atribuie deci fibrei miocardice o proprietate cunoscută până aci numai pentru fibra nervoasă, aceea de a conduce excitațiunea. Conductibilitatea în fibra musculară este complet abolită în timpul sistolei miocardice și revine încetul cu încetul în timpul diastolei sale.

Ori-ce influență care modifică conductibilitatea iea numele de *dromotropă, positivă sau negativă* după sensul in care modificarea se produce.

Excitațiunea nervului pneumogastric, are o acțiune dromotropă negativă, de oare-ce provocă o depresiune a conductibilității în fibra miocardică.

4) *Contractilitatea.* Proprietatea de a se contracta este cea mai manifestă din toate proprietățile esențiale ale cordului. Contracțiunea urmează în stare normală o direcțiune anumită, începând de la orificiile marilor vene ale bazei și continuându-se prin musculatura atriului și fascia lui His la ventricul.

In timpul sistolei cardiace contractilitatea este complet abolită; miocardul recâștigă această proprietate încetul cu încetul în timpul diastolei până ajunge, la finele acesteia, la un maximum necesar pentru contracțiunea următoare.

Ca regulă generală, cu multe excepțiuni însă, forța contracțiunei depinde de lungimea pauzei precedente, adică de cantitatea de energie câștigată în timpul diastolei precedente.

Contractilitatea fibrei musculare cardiace poate fi exagerată sau diminuată, iar influențele cari modifică această proprietate se numesc *inotrope, pozitive sau negative.*

O excitațiune a pneumogatricului poate avea o influență inotropă negativă, adică poate diminua contractilitatea miocardului.

5) *Tonicitatea.* Ca şi muşchii vieţei de relaţiune, miocardul nu se relaxează complet în perioada de repaos, fibrele musculare nu ajung la maximum de lungime pe care-l pot atinge. Această stare a cordului în diastolă este datorită unei a 5-a proprietate esenţială a miocardului, denumită *tonicitate.*

Gaskel a demonstrat pe broască că există factori cari influenţează această proprietate, augmentând-o sau diminuând-o. Pe când în adevăr digitala, antiarina şi veratrina augmentă tonicitatea miocardului, muscarina şi acidul lactic diminuă această proprietate.

In urma digitalei de exemplu, cordul rămâne din ce în ce mai mult timp în contracţiune, perioadele de relaxare scurtându-se din ce în ce mai mult, până ce la un moment nu se mai poate distinge contracţiuni separate. Din contră, în urma acţiunei acidului lactic sau muscarinei, cordul se relaxează din ce în ce mai mult în perioada diastolică, până ce finalmente se opreşte în diastolă.

Ori ce fibră miocardică posedă cele 5 proprietăţi esenţiale descrise până aci. Dacă însă toate porţiunile cordului ar poseda în aceiaşi măsură fiecare din aceste proprietăţi, diversele părţi ale miocardului s'ar contracta simultan. Unele fibre miocardice însă posedă într'un grad mai înaintat ca celelalte unele din proprietăţi esenţiale.

Astfel ţesutul miocardic care învecinează orificiile venelor bazei posedă într'un grad mai pronunţat de cât restul miocardului proprietatea de a produce stimulul şi de a-l primi (automaticitatea şi excitabilitatea), şi aceasta este cauza pentru care contracţiunea cardiacă începe la baza cordului.

Deasemenea conductibilitatea este exagerată în fibrele care constituesc fascia atrio-venticulară, faţă de celelalte părţi ale miocardului.

Teoria miogenă a provocat lungi discuţiuni, şi până acum nici unul din argumentele aduse de miogenişti nu a rămas fără o obiecţiune serioasă din partea neurogeniştilor.

Sistemul nervos extra-cardiac nu este indispensabil după miogenişti pentru producerea contracţiunei inimei. Cordul izolat complet de nervii săi continuă să bată ritmic, de şi este scos de sub influenţa acestora.

In miocard însă există un sistem nervos compus din fibre şi celule ganglionare, cari pot suplea într'o măsură considerabilă nervii extra-cardiaci.

Mai dificil este însă miogeniştilor de a proba că sistemul nervos intra-cardiac nu este indispensabil contracţiunei.

Iată argumentele pe care ei se bazează pentru a susţine aceasta. De la început trebuie să adăogăm că nici-una din probele miogeniştilor nu este pe deplin convingătoare.

Cordul nevertebratelor este complet lipsit de elemente nervoase intra-miocardice şi totuşi posedă proprietatea de a se contracta ritmic; de asemenea vârful cordului la broască şi la vertebrate, are proprietatea de a se contracta, deşi nu există elemente nervoase la acest nivel în miocard.

Acestea sunt pure erori de observaţiune, zic neurogeniştii, de oarece la multe din nevertebrate s'au găsit fibre şi celule nervoase (Dogiel şi Bella Haller la moluşte, Dogiel şi Nüssbaum la crustacee, Dogiel şi Arhangelsky, etc. la insecte). De asemenea în vârful cordului la un mare număr de vertebrate s'a găsit o reţea nervoasă, presărată cu celule ganglionare.

Unul din argumentele cele mai de valoare pentru miogenişti este constituit de faptul că la embrionul de pui prima contracţiune cardiacă apare la a 36-a oară, pe când primul element nervos nu este constatat de cât în a 6-a zi.

Acest argument nu are însă valoarea ce pare să impună la prima vedere, de oarece se poate obiecta că prin metodele technice actuale nu putem decela elementele nervoase în această periodă. De altă parte faptul că prima contracţiune se produce înainte de apariţia primelor elemente nervoase nu poate servi ca argument teoriei miogene, de oarece la această epocă (a 36-a oară) nici fibra musculară cardiacă nu este diferenţiată (aceasta nu apare de cât a 3-a zi).

Cât despre experienţa lui *Engelman*, care după secţionarea muşchiului cardiac în zig-zag a constatat că cu toate acestea contracţiunea se conduce în mod normal, faptul se poate explica foarte bine şi după teoria neurogenă, cunoscută fiind reţeaua nervoasă foarte bogată care însoţeşte pretutindeni reţeaua musculară.

Experienţa lui Gaskell la broasca ţestoasă nu are mai multă valoare. Secţiunea nervilor coronari cari trec de la sinul venos la ventricul nu schimbă nimic în contracţiunea cordului, pe când secţiunea miocardului auricular face să se oprească ventriculul. Admiţând că nervii coronari nu sunt indispensabili, nu putem fi împiedecaţi de a bănui că tăierea reţelei nervoase care însoţeşte miocardul auricular secţionat este cauza oprirei ventriculului.

Ipoteza după care ganglionii cardiaci ar fi pur sensitivi, nu pare să fie fondată, celulele nervoase cari îi compun, având din contră aparența celulor multipolare motoare din centrii nervoşi.

După cum vedem, nici una din probele importante aduse de miogenişti, nu sunt pe deplin convingătoare. „Funcţiunile muşchiului şi nervilor rămân oare-cum nedisociabile—zice Morat—cu mijloacele de analiză de cari dispunem până in prezent. In consecință, argumentele trase prin analogia cu alte sisteme motoare, unde această disociație este posibilă şi chiar facilă, conservă o foarte mare forță; pledează în mod evident în favoarea unei explicaţiuni care în ansamblul său este neurogenistă“.

⁂

Mult timp patogenia aritmiei a rămas neexplicată, de oare-ce clinicianii se mulţumeau cu examinarea pulsului radial şi cel mult a cardiogramei. Ori acestea nu ne pot demonstra de cât contracțiunea ventriculului stâng.

De când in clinică s'a introdus metoadele noi de înregistrare prin ajutorul cărora se poate înscrie pulsul jugular de o parte, vârful cordului şi radiala de alta, s'a putut începe un studiu adevărat ştiinţific al turburărilor ritmului cordului.

Pentru studiul diferitelor evenimente din ciclul cardiac este suficient să înscriem în acelaş timp jugulara şi radiala, întrebuinţând ca receptor jugular o pâlnie de sticlă sau de metal, iar pentru radială sfigmograful lui Marey.

Acestea sunt puse în legătură prin tuburi de cauciuc cu un cilindru inscriptor al lui Marey căruia se adaptează şi un cronograf pentru înscrierea timpului.

Această metodă necesitează o instalaţie puţin comodă în practică. Jaquet şi Mackenzie au construit aparate numite poligrafe, de tipul Dudjeon, prevăzute cu tambururi inscriptoare cari se pun în comunicare cu diferitele receptoare. Aceste aparate sunt foarte practice şi suficient de sensibile pentru cercetările clinice.

Dăm aci câte-va noţiuni asupra pulsului jugular normal şi raportul diferitelor ridicături de pe flebogramă cu cardio şi sfigmograma, înscrise cu ajutorul poligrafelor.

Pulsul jugular normal este reprezintat prin trei ridicături, notate de Mackenzie cu literele *a*, *c* şi *v*.

Prima undă a este datorită contracţiunei auriculare şi este situată cu $^{1}/_{10}$ dintr'o secundă înainte de începutul contracţiunei ventriculare şi cu $^{2}/_{10}''$ înainte de pulsaţiunea carotidiană şi de a doua undă *c* din flebograme.

A doua ridicătură c este după Mackenzie transmisă de pulsaţiunea carotidei aşezată în vecinătate. Bard crede însă că această undă este datorită tensiunei valvulelor atrio-ventriculare în timpul sistolei ventriculare. Unda *c* este separată de *a* printr'un interval de $^{2}/_{10}''$ şi cade cu $^{1}/_{10}''$ înaintea începutului pulsaţiunei radiale.

A treia undă v în fine, este rezultatul acumulărei sângelui în atriul în timpul diastolei ventriculare. Debutul undei *v* este destul de variabil, începutul liniei de descindere însă este totdeauna fix şi este datorit deschiderei valvulei tricuspide. Acest din urmă punct corespunde exact pe sfigmograme radială cu depresiunea *n*, care este situată înaintea undei sale dicrotice.

Intre unda *c* şi *v* există o depresiune, *x*, produsă de trei factori, relaxarea atriului după contracţiune, tragerea în jos a septului atrio-ventricular în timpul contracţiunei ventriculare şi diminuţia presiunei intra-toracice rezultată din expulzarea bruscă a unei cantităţi de sânge din cavitatea toracică.

Intre unda *v* şi *a* a pulsaţiunei următoare, există de asemenea o depresiune *y* produsă de trecerea sângelui din atriu în ventricul după deschiderea valvulei atrio-ventriculare.

Analiza unei grafice este destul de dificilă. Urmând însă metoda indicată de Mackenzie, putem interpreta chiar grafice pe cari ondulaţiunile sunt foarte mici. Trebue totdeauna să notăm linia de unde începe fie-care traseu, de oare-ce se poate ca acele cari înscriu radiala şi jugulara de exemplu, să nu fie exact in aceeaşi linie.

Măsurăm distanţa între debutul unei pulsaţii radiale şi linia verticală de la începutul acesteia care este urma acului în timpul în care cilindrul inscriptor a stat pe loc.

Luăm spre dreapta aceiaşi distanţă pe flebogramă începând de la linia verticală aşezată la începutul acesteia. Cu $^{1}/_{10}''$ înainte de punctul corespunzător începutului pulsaţiunei radiale, cade în stare normală începutul undei *c*, iar cu $^{2}/_{10}''$ înainte de *c* începe unda *a*. Cât despre unda *v*, vârful acesteia se poate găsi foarte uşor, de oare-ce el corespunde exact cu depresiunea care există înainte de unda dicrotică, pe sfigmograma radială. (Vezi fig. 1).

In ultimul timp (1906—1907) Minkovski şi Rautemberg au introdus în clinică metoda inscripţiunei pulsaţiunei atriului stâng prin ajutorul unui receptor apropriat, introdus la o distanţă determinată în esofag şi pus în comunicaţie printr'un tub de cauciuc cu un cilindru inscriptor sau cu un poligraf.

Traseul atriului stâng prezintă ca si flebograma trei ridicături: prima *a s*, unda presistolică, datorită contracţiunei atriului stâng; a doua *v s* (*vertrikelzacke* a lui Rautemberg) rezultată din împingerea valvulei atrio-ventriculare în cavitatea auriculară; în fine unda diastolică *D*, corespunzând distensiunei graduale a auriculului prin sânge. Această undă se termină brusc în momentul deschiderei orificiului atrio-ventricular.

O nouă metodă de înregistrare a contracţiunei miocardului este *electrocardiografia*. Prin această metodă se traduce în mod grafic variaţiunile fenomenelor electrice ale cordului în timpul activităţei sale.

Dacă se reuneşte printr'un circuit galvanometric două puncte oare-care de pe suprafaţa unui muşchiu scos în afară de organism, se constată că există între aceste două puncte o diferenţă de potenţial, de oare-ce acul galvanometrului se mişcă. Acesta este *curentul de repaos sau de alteraţiune.*

Dacă se excită nervul acestui muşchiu, sau în ori-ce alt mod organul se pune în stare de contracţiune, vedem acul galvanometric revenind la zero, fenomen numit de Matteucci *variaţiune* sau *oscilaţiune negativă.*

In realitate acest fenomen este datorit formaţiunei unui curent care merge în sens invers de direcţiunea curentului de repaos, de unde numele de *curent de acţiune. Acest curent este deci manifestaţiunea exactă a activităţei unui muşchiu şi poate fi luat oare-cum ca măsură a activităţei organului.*

Din punctul de vedere al fenomenelor electrice cordul se comportă în acelaş fel ca şi un muşchiu obicinuit. Cordul în repaos este în echilibru electric. Când începe contracţiunea, vârful devine electro-negativ iar baza electro-pozitivă. Rezultă deci o diferenţă de potenţial în ţesutul miocardic care produce deviaţiunea acului galvanometric.

Waller a arătat primul că curentul de acţiune al cordului la om trimite derivaţiuni în ţesuturile vecine, bune conducătoare de electricitate, cari pot fi culese la suprafaţa corpului. Aceste derivațiuni se întind pe o suprafață mare a corpului așa în cât punând cele două mâini sau o mână și un picior, în comunicare cu un galvanometru sensibil sau cu un electrometru capilar, putem constata o deviațiune a acului galvanometric în primul caz, o deplasare a coloanei mercuriale la fie-care sistolă a cordului, în al doilea.

In momentul contracțiunei cardiace jumătatea dreaptă a toracelui, capul și brațul drept devin electropozitive, jumătatea toracică stângă și membrul superior stâng electronegative.

Restul corpului este de asemenea electronegativ. Un pol plasat în prima zonă primește curentul de acțiune ca și cum ar fi pus la baza cordului, un alt pol situat în zona inferioară îl primește ca și cum ar fi aplicat la vârful său.

Un mare progres a fost făcut in electrocardiografie prin descoperirea *galvanometrului cu coardă* al lui Einthoven, mult superior electrometrului capilar al lui Lippmann.

Principiul galvanometrului cu coardă este următorul: ori-ce magnet face să se devieze un curent electric care trece în câmpul său magnetic. In galvanometrul lui Einthoven curentul trece prin-tr'un fir foarte fin de quartz, de 2—3 microni de grosime, bine întins într'un câmp magnetic foarte puternic.

Indată ce curentul trece prin fir, acesta se depărtează din pozițiunea sa cu atât mai mult cu cât intensitatea curentului este mai mare.

Firul este aproape invizibil, dar este mărit de 300—500 de ori prin ajutorul unui aparat de mărire.

Bolnavul este pus cu mâinele în două vase umplute cu o solutie de sulfat de zinc, cari sunt în comunicare cu galvanometrul cu coardă. Fie-care contracțiune cardiacă, dând naștere unui curent de acțiune, face ca prin firul de quartz să treacă un curent electric, care-l deviază.

Oscilațiunile firului sunt înscrise printr'o fină despicătură, pe o placă fotografică sub forma unei curbe cu mai multe ondulațiuni.

Pe curba electro-cardiografică normală se constată trei ridicături P, R și T, separate prin două depresiuni Q și S.

Ridicătura P este datorită contracțiunei auriculare, iar unda R contracțiunei ventriculare.

Asupra explicațiunei undei T autorii nu sunt fixați. Nicolaï crede că ambele două vârfuri R și T corespund sistolei ventricu lare, fie-care din ele fiind rezultatul contracţiunei a porţiuni diferite din ventricul.

Curba electrocardiografică este în general identică la acelaşi individ, când este luată în condiţiuni identice.

Curbele obţinute prin derivaţiune din diferite puncte ale corpului nu sunt însă identice, variaţiunile cele mai importante sunt acele ale undei R. Curba electrocardiografică cea mai manifestă pare a fi aceea ce obţinem prin derivaţiunea curentului de acţiune al cordului de la mâna dreaptă şi piciorul stâng.

Datele culese prin electrocadiografie sunt de mare exactitate şi au ajutat mult la stabilirea patogeniei diferitelor varietăţi de aritmie. In general pentru practica curentă este suficientă înscrierea pulsului jugular şi al radialei prin ajutorul unui poligraf oare-care. Sunt însă contracţiuni parţiale ale miocardului cari nu se pot înscrie de cât rar prin metoda poligrafiei, şi cari sunt foarte manifeste pe o curbă electrocardiografică.

Fibrilaţiunea auriculară de exemplu, cauza esenţială după **Lewis** a aşa numitului *ritm nodal* al lui Mackenzie, se înscrie rar pe urma jugulară, pe când apare foarte manifest pe electro-cardiogramă.

Rămâne încă mult de lucrat în special asupra aritmiei prin ajutorul electro-cardiagrafiei, şi este sigur că cu această metodă multe din turburările ritmului cardiac a căror patogenie nu este cunoscută, vor fi explicate.

Clasificaţia turburărilor ritmului cardiac

Aritmia se întâlneşte foarte frecuent în clinică, dar ea variază atât ca patogenie cât şi ca importanţă diagnostică şi pronostică. Până acum câţi-va ani se considera mai tot-d'a-una o neregularitate a ritmului cordului ca un semn indubitabil de miocardită, şi faptul că, în multe cazuri, aritmia demonstra o stare serioasă cardiacă, ori-ce neregularitate a cordului era interpretată ca de o gravitate demnă de luat în consideraţie. Progresele cari au fost făcute în ultimul timp în studiul patogeniei aritmiei, au permis autorilor să arate că există varietăţi de aritmie cu totul diferite, unele demonstrând o alteraţiune serioasă a miocardului, altele din contră neavând nici o relaţiune cu o leziune a muşchiului.

In general felul aritmiei depinde de punctul din care contracţiunea cardiacă iea naştere.

Se știe că fibrele miocardice cele mai excitabile sunt acelea cari reprezintă resturile tubului cardiac primitiv, și că în stare normală regiunea în care automacitatea și excitabilitatea sunt mai dezvoltate este reprezentată prin orificiile marilor vene ale bazei, De aci pleacă în stare normală stimulul pentru contracțiune.

Fie-care din regiunile însă cari posedă resturi din țesutul cardiac primitiv pot fi în stare patologică sediul pornirei contracțiunei.

Contracțiunea cardiacă poate pleca din patru puncte:

1. Dimprejurul *orificiile marilor vene,* regiune în care se găsesc resturi din tubul cardiac primitiv și care este partea cea mai excitabilă a cordului normal. In ritmul cardiac normal și în varietatea de aritmie denumită *sinusală,* stimulul iea naștere în acest punct.

2. Din *țesutul auricular,* și această porțiune posedând resturi din țesutul primitiv.

3. Din regiunea *nodului atrio-ventricular* al lui Tawara. Ritmul care iea naștere în acest caz a fost denumit de Mackenzie *ritm nodal.*

4. In fine, din *fascia lui His,* dedesubtul nodului lui Tawara. In acest caz atriul se contractă independent de ventricul.

Stimulul plecat dela bază în acest caz, nu se transmite decât la atriu, iar ventriculul nu urmează regulat contracțiunile auriculare sau chiar se contractă independent. Este ceeace s'a numit *Heartblock.*

Există mai multe feluri de neregularități ale ritmului cordului. Mackenzie împarte aritmia în:

1. *Aritmie sinusală.*
2. *Aritmie prin extra-sistole.*
3. *Ritm nodal.*
4. *Aritmie prin turburare a contractilității miocardului.*
5. *Turburări ale ritmului prin defect al conductibilității.*

In ce categorie intră bradicardia nervoasă și tachicardia paroxistică?

Până în prezent bradicardia de origină nervoasă era pusă în capitolul *Sindrom Adams-Stokes,* alături de bradicardia prin turburare de conductibilitate (leziune a fasciei lui His). Din punctul de vedere al patogeniei însă, bradicardia nervoasă diferă cu totul de adevăratul sindrom al lui A.-St., acel prin leziune a fasciei lui His, și din contră se apropie foarte mult de aritmia sinusală, datorită unei excitațiuni a pneumogastricului.

Mai mult de cât atât, am observat un caz în care o aritmie sinusală s'a transformat într'o bradicardie nervoasă, cu pulsul regulat. Această transformare se producea fie spontan, fie în urma digitalei.

Aceste fapte ne fac să despărţim bradicardia nervoasă de acea provocată de o turburare în conductibilitate, de care se deosibeşte cu totul din punctul de vedere patogenic, şi s'o alăturăm primei varietăţi de aritmie, denumită sinusală.

De altă parte există cazuri de aritmie cari după examenul curbelor ar putea fi interpretate ca de origină sinusală, dar cari în realitate nu sunt datorite excitaţiunei pneumogastricului, cum vom arăta în unul din capitolele următoare. Acestea sunt cu mare probabilitate datorite unui block sino-auricular, adică unei întreruperi a conducţiunei stimulului între nodul lui Keith şi Flack şi musculatura atriului. Aceste consideraţiuni ne fac să clasăm cazurile de acest fel în varietatea *aritmiei prin turburare a conductibilităţii.*

In ce priveşte tachicardia paroxistică, considerată mult timp ca de natură nervoasă, ea trebuie să fie incorporată în urma ultimelor cercetări, în una din varietăţile de aritmie datorite unei leziuni miocardice. Nu se mai admite în adevăr actualmente tachicardie paroxistică fără leziune miocardică. Este raţional a clasa cazurile de tachicardie paroxistică în două categorii, prima în care flebograma arată o formă ventriculară de puls venos şi care prin urmare trebuie alăturată de forma nodală a aritmiei; a doua în care pe flebogramă există unda datorită contracţiunei auriculare şi care formează o varietate a parte.

In afară de acestea, denumirea de *ritm nodal* dată de Mackenzie tuturor cazurilor cu puls venos ventricular nu este proprie, cercetările lui Lewis arătând că majoritatea cazurilor de acest fel sunt datorite unui fenomen particular, fibrilaţiunea auriculară.

Această varietate este mai exact denumită *aritmie completă.*

O clasificaţie mai raţională a turburărilor ritmului cordului ar fi următoarea.

I. Aritmia sinusală şi bradicardia nervoasă.

a) *Aritmia sinusală* este caracterizată printr'o neregularitate a întregului cord, atriile şi ventriculii participând la aritmie.

Contracţiunile ventriculare sunt egale ca amplitudine, numai perioadele diastolice sunt inegale.

Aceiaşi neregularitate se întâlneşte pe traseul jugular care reprezintă activitatea auriculară. Intervalul a-c este normal, adică 0″, 2.

Acest fel de aritmie este datorit unei excitaţiuni a pneumogastricului şi toate actele fisiologice cari pot avea vre-o acţiune asupra acestui nerv, ca respiraţia şi deglutiţia de exemplu, influenţează ritmul în aceste cazuri în mod exagerat.

Se întâlneşte mai ales la tineri, de unde denumirea *Youthful irregularity* dată de Meckenzie; nu pare însă să fie rară nici la adult. (Fig. 2),

b) *Bradicardia nervoasă* se caracterizează prin o rărire a contracţiunilor cardiace, cari au toate aceiaşi amplitudine şi sunt separate prin perioade egale. Contracţiunile auriculare au acelaş număr ca şi cele ventriculare şi precedă pe acestea cu un interval de timp normal (intervalul $a - c = 0'',2$). (Fig. 3).

II. Aritmia completă

Această varietate este caracterizată printr'o neregularitate pronunţată a ritmului ventricular denotând o leziune indelebilă cardiacă.

Aritmia completă prezintă următoarele caractere:

1. De cele mai multe ori există tachicardie, mai rar ritm normal ca număr sau bradicardie;

2. Pulsul radial este foarte neregulat, ast-fel în cât, pe întinderi mari de sfigmogramă nu se constată două pulsaţiuni succesive cari să semene;

3. Nu există relaţiune fixă între amplitudinea unei pulsaţiuni şi pauza precedentă, cum se întâmplă de cele mai multe ori pentru extrasistolă;

4. Pulsul venos are o formă ventriculară, adică unda a datorită contracţiunei auriculare lipseşte de la locul său sau lipseşte complet. (Fig. 4).

Dacă, cum se întâmplă de obiceiu, există o stenoză mitrală asociată, dispar ori-ce semne de contracţiune auriculară, cum de exemplu suflul presistolic.

In aceste cazuri găsim foarte des reumatismul în antecedente. In aritmia completă trebue să intre cazurile de tarchicardie paroxistică, în cari flebograma arată o formă ventriculară a pulsului venos. In aceste cazuri flebograma prezintă în intervalul acceselor cele trei ondulaţiuni caracteristice ale pulsului jugular normal. Accesele constau în apariţiunea unui puls foarte frequent şi dispariţiunea de pe flebogramă, cel puţin de la locul său obicinuit, a ondulaţiunei *a*.

III. Aritmia prin extrasistole

In aceste cazuri, o sistolă auriculară sau ventriculară ia naştere independent de ritmul plecat de la sinus, înainte de momentul în care contracţiunea normală trebuie să se producă.

In general această sistolă prematură, sau *extra-sistolă*, este mai slabă şi este urmată de o pauză mai lungă, *pauza compensatoare*, ast-fel în cât intervalul care separă sistola normală precedentă şi sistola normală următoare extra-sistolei, este de o durată dublă de aceea a unei sistole normale.

Prin ascultaţia cordului se constată, sincron cu această bătaie prematură, două sgomote scurte şi tari, urmate de o pauză lungă.

In alte cazuri extra-sistola nu este urmată de pauză compensatoare.

După cum extra-sistolele ieau naştere din atriu, nodul lui Tawara sau ventricul, ele se numesc *extra-sistole auriculare, nodale sau ventriculare* (Mackenzie). Fie-care din acestea coprind o serie de alte varietăţi. Vom studia în mod separat în unul din capitolele următoare fie-care din aceste varietăţi de extra-sistole. (Fig. 5).

IV. Aritmia prin turburare a contractilităţei miocardului.

Această formă este datorită unei insuficienţe a contractilităţei miocardului, care face ca contracţiuni forţi şi slabe să alterneze, separate fiind unele de altele prin spaţii egale. Atriul se contractă in mod normal, şi nu există nici-o modificare a intervalului *a—c*. In această varietate intră *pulsul alternant*. (Fig. 6).

V. Aritmia prin turburare a conductibilităţei. Block sino-auricular şi block atrio-ventricular.

In stare normală stimulul pleacă în mod normal de la baza cordului şi se transmite la atriu şi de aci, prin nodul lui Tawara şi porţiunea ventriculară a fasciei lui His, la ventricul. Orice leziune aşezată între bază, (nodul lui Keith şi Flack) şi nodul lui Tawara, sau între acesta și porțiunea ventriculară a fasciei lui His, va aduce după sine o turburare a conductibilităței în cord. Dacă leziunea este așezată între nodul lui Keith și Flack și nodul lui Tawara, aritmia care rezultă seamănă ca grafice cu forma sinusală. Se deosebește de ea prin aceea că nu se modifică după injecțiunea de atropină. Această formă iea numele de *Block sino-auricular* și nu trebue incorporată varietăței de aritmie sinusală, de care este cu totul diferită ca patogenie.

Dacă leziunea sistemului de conducere este așezată sub nodul lui Tawara, conductibilitatea poate fi, după importanța leziunei, numai diminuată sau complet întreruptă.

Dacă leziunea este ușoară, se produce o disociațiune incompletă a cordului, cu mărirea intervalului *a—c* peste 0''2; parte din contracțiunile atriului nu se mai transmit la ventricul. Dacă leziunea fasciei este completă, stimulul pleacă din două puncte: de la bază provocând contracțiunile auriculare normale și din porțiunea ventriculară a fasciei lui His, dând naștere la un *ritm ventricular independent.* In acest din urmă caz disociațiunea se numește *completă.* Ambele feluri de disociațiune, incompletă sau completă, se mai numesc *Heart-block incomplet sau complet.* Numim această varietate *Heartblock atrioventricular* pentru a se deosebi de *Heart-blockul sinoauricular*

VI. Tachicardia paroxistică de origină auriculară.

Tachicardia paroxistică a fost descrisă pentru prima dată de Bouveret, sub numele de t. p. esențială și a fost atribuită mult timp, fie unei leziuni destructive a pneumogasticului, fie unei excitațiuni a simpaticului.

Cercetările mai noi au arătat inexactitatea acestor ipoteze.

In primul rând s'a apropiat accesele de tachicardie în cari cordul este clinicește normal, și cari puteau intra în forma esențială a lui Bouveret, de accesele de tachicardie paroxistică simptomatică, survenind în cursul diverselor afecțiuni organice ale cordului. In unele cât și altele s'au găsit leziuni microscopice ale atriilor, așa în cât nu se mai poate vorbi de o formă esențială a tachicardiei paroxistice, după cum o înțelegea Bouveret

Există două forme de tachicardie paroxistică. Prima, *forma ventriculară sau nodală,* în care pulsul jugular, în timpul acceselor prezintă forma ventriculară (cu deplasarea sau lipsa ondulațiunei *a*), pe când în intervalul lor acesta are forma auriculară. Această formă trebue să intre în capitolul uritmie completă.

A doua formă, *tachicardie paroxistică auriculară*, este caracterizată prin accese variate ca durată, formate din contracţiuni foarte accelerate, precedate şi urmate de extra-sistole. Pulsul jugular prezintă în timpul acceselor, ca şi în intervalul lor forma auriculară, cu cele trei unde caracteristice *a*, *c* şi *v*.

De când în tachicardia paroxistică s'a incorporat şi accesele cari apar în decursul unei leziuni cardiace bine apreciabilă cliniceşte, această boală nu mai poate fi considerată ca o raritate. Forma auriculară este mai rară, forma ventriculară însă se întâlneşte destul de des în clinică. (Fig. 8),

In cursul acestei lucrări vom vedea că pe lângă caracterele enumerate mai sus, diversele forme de aritmie se mai deosibesc prin felul de reacţiune a miocardului la atropină şi la cardiotonice.

LUCRĂRI ORIGINALE

Dr. PETRE NICULESCU

Studiu comparativ al valorei metodelor de sero-diagnostic în sifilis

Metoda de fixare a complementului imaginată de Bordet și Gengou ca mijloc de diagnostic, aplicată cu succes pentru prima dată în sifilis de Wassermann, a format obiectul a numeroase cercetări în decursul ultimilor patru ani. Procedeul clasic al lui Wassermann, oferind reale dificultăți prin prepararea antigenului din ficatul noilor născuți sifilitici și prin multiplicitatea manipulărilor necesare, a suferit fundamentale modificări. Esențialul său element constitutiv, antigenul preparat din extractul apos de ficat sifilitic a fost înlocuit de Levaditi și Yamanouchi prin extractul alcoolic al aceluiaș organ, iar de Landesteiner și Lesser prin extractul de cord de cobai, demonstrându-se ast-fel nespecificitatea antigenului întrebuințat în metoda clasică.

Sachs și Bauer observând, cei dintâi, existența hemolizinei naturale din serul sângelui uman pentru globulele roșii de oaie, a făcut posibilă eliminarea celui-lalt factor al reacției, a serului hemolitic de la iepure pentru oaie.

Brieger și Renz, utilizând cunoscuta proprietate hemolitică a cloratului de potasiu, înlocuesc serul hemolitic prin această substanță chimică.

Porges studiind fenomenul de precipitare ce se observă în reacția de fixare, și care pentru unii autori condiționează întregul său mecanism, a fost condus să imagineze cel mai simplu procedeu de sero-diagnostic, precipitarea serului sifilitic mai întâi prin *ovo-lecitnină* şi apoi, în lucrările mai recente, prin *glicocolat de sodiu.*

In scurt timp, deci, procedeul original, complicat şi bazat pe principii de specificitate biologică, a fost redus la procedeuri din ce în ce mai simple, unele de natură exclusiv chimică.

Rămâne de stabilit, însă, dacă aceste procedeuri, ce au incontestabilul avantagiu al facilităţei de execuţie, prezintă aceaşi precizie în rezultate ca şi metoda originală.

Cercetările ce s'au făcut până acuma, mărginindu-se la studiul comparativ al unui sau două procedeuri noi faţă de metoda originală, am căutat, pentru a obţine concluzii cât mai precise, să extindem studiul comparativ la un număr cât mai mare de metode.

Am examinat sângele a o sută de bolnavi, în cea mai mare parte cu sifilis în plină evoluţie, mai puţinî cu sifilis sigur în antecedente; zece dintre ei prezentau localizări nervoase. Am eliminat sistematic toate cazurile îndoioase de sifilis pentru a obţine un număr cât mai mare de rezultate pozitive.

Din numersoale metode de sero-diagnostic în afără de metoda originală a lui Wassermann, am întrebuinţat metodele lui Bauer-Hecht şi Noguchi. Dintre metodele chimice am dat preferinţă aceleia a lui Porges, care prin simplitatea sa de execuţie, se recomandă ca cea mai nimerită pentru practica medicală.

Metoda lui Wassermann am executat-o după prescripţiile clasice întrebuinţând extractul de ficat sifilitic preparat în laboratorul d-lui Prof. Cantacuzino. Am obţinut din cele 100 de cazuri examinate, 90 de cazuri pozitive.

In primele lor cercetări, Wassermann şi Plaut n-au putut obţine de cât 49 de reacţii evident pozitive din cele 252 de cazuri examinate. Ulterior technica reacţiei precizându-se cifra rezultatelor pozitive s'a ridicat: Bruck a obţinut 70 de rezultate pozitive dintr'o sută.

Cifra ridicată de 90 de cazuri pozitive ce am obţinut-o, este datorită faptului că, pe când în examenele noastre toate cazurile erau sifilitice sigur, în cele-lalte statistice se cuprind şi cazurile suspecte de sifilis, unde multe din rezultatele negative sunt datorite realei lipse de sifilis şi nu trebuesc imputate lipsei de precizie a metodei.

Metoda lui Bauer-Hecht aplicată pe acelaş număr de cazuri ne-a dat 83 de rezultate pozitive şi 10 negative.

In 7 cazuri lipsa de hemolizină naturală a serului examinat pentru globulele de oaie, a împiedecat obţinerea unui rezultat. Am renunţat în aceste din urmă 7 cazuri, să aplicăm corecţiunea indicată de unii autori prin reînceperea reacţiei şi adăugarea unui ser normal ce prealabil a fost constatat ca atare şi care conţine hemolizină naturală pentru globulele roşii de oaie.

D-nii Brukner şi Gălăşescu, în studiul lor comparativ asupra metodei lui Bauer-Hecht şi Wassermann, au afirmat superioritatea primei metode obţinând din 135 de cazuri examinate, 59 de cazuri pozitive prin metoda lui Wassermann şi 75 prin metoda lui Bauer-Hecht.

Démange şi Ménard din 390 de cazuri au obţinut prin metoda lui Bauer-Hecht numai 8 cazuri negative în sifilisul primar şi 19 în sifilisul primar şi 19 în sifilisul terţiar; în două cazuri în care metoda lui Wassermann a dat rezultate negative, metoda lui Bauer-Hecht a fost pozitivă.

Metoda ce profesorul american Hideyo Noguchi a comunicat-o în decursul anului trecut societăţei de biologie, constitue, pentru autor, un mijloc şi mai precis de cât metodele precedente însă, în acelaş timp, de o dificultate de execuţie mai mare.

Modificarea nu are în vedere elementul de eroare, ce-l oferă în metoda clasică, întrebuinţarea globulelor roşii de oaie în sistemul hemolitic. Prezenţa unei cantităţi variabile de hemolizină naturală a serului din sângele uman pentru globulele roşii de oaie, adiţionându-şi efectul la acţiunea serului hemolitic ce se adaugă, în cazurile când sunt cazuri sifilitici, sunt în mică cantitate, ar produce serodiagnostic negativ.

Pentru a elimina acest element de eroare, Noguchi, ca şi Tschernobugow, suprimă sistemul hemolitic iepure-oaie din procedeul clasic şi-l înlocuesc printr'un ser hemalitic de la iepure pentru globulele roşii de om.

Originalitatea metodei constă, de asemeni, şi în suprimarea substanţelor licide; autorul prepară hârtii absorbante îmbibate cu cantităţi determinate de hemolizină şi de antigen ce se păstrează uscate mult timp. In momentul când se face reacţia, aceste hârtii se introduc în tuburile cu licid, în care îşi difuzează substanţa activă. Aceasta din urmă modificare oferă laboratoriilor mai mici, mijlocul de a avea elementele reacţiei pregătite şi suprimă, ast-fel, prepararea la care face cu atâta dificultate.

Neputându-ne procura hârtiele-reactive, preparatede **Noguchi**, ne-am preparat singur elementele reacţiei, întrebuinţându-le licide ca şi în procedeul clasic.

Cu ajutorul acestei metode a lui **Noguchi**, din 50 de cazuri examinate am obţinut 48 de cazuri pozitive, ceea-ce dă un procent de 96 cazuri pozitive. Ast-fel această metodă s'a arătat cea mai sensibilă dintre cele întrebuinţate.

Howard Fox studiind comparativ 77 de cazuri prin metodele lui **Wassermann** şi **Noguchi** conchide la superioritatea metodei lui **Noguchi** care a dat 93 de cazuri pozitive la sută pe când aceea a lui **Wassermann** numai 87.

Cea de a patra metodă întrebuinţată a fost aceea a lui **Porges**, precipitatarea serului sifilittc prin gl*icocolatul de sodiu.*

Din soluţia clară şi filtrată de un gram de glicocolat de sodiu într'o sută de cmt. c. de apă, se întrebuinţează, deobicei, pentru un examen 0,3 ctm. c. Această cantitate se amestecă cu 0,3 ctm. c. din serul de examinat. În cazul când reacţia este pozitivă se formează un precipitat ce une-ori se strânge la suprafaţă sub formă de fulgi groşi albicioşi ce formează un strat gros, dens cu aspect de coagul albuminos. Când reacţia este mai slabă se observa în tot tubul fulgi mai mici, repartizaţi cu regularitate, ce dă licidului o turbureală uniformă.

Din cele 100 cazuri examinate am obţinut 57 de reacţii pozitive şi 43 negative. Am observat, în acelaş timp, o strânsă legătură între precipitabilitatea serului şi vechimea sifilisului.

In sifilisul recent precipitatul era abundent şi se strîngea în masă compactă la suprafaţa licidului. Din contră, cu cât sifilisul era mai vechi, cu atât reacţia devenea mai slabă.

În cercetările noastre metoda lui **Porges** s'a arătat ca lipsită de preciziune prin numărul relativ restrâns de rezultate pozitive, în raport cu cele-lalte metode.

De asemeni valoarea sa practică pare foarte redusă. Cele mai multe ori neîndoios. Din contră în sifilisul terţiar, când reacţia pozitivă poate lumina cazurile nesigure, am obţinut mai tot-deauna rezultate negative.

Ponis şi **Săbăreanu** studiind comparativ această metodă cu metoda lui **Wassermann** au găsit, la rândul lor, numeroase cazuri în care reacţia lui **Porges** a fost negativ de şi era vorba de sifilis bine constatat cliniceşte şi cu Wassermann pozitiv.

Pentru a stabili specificitatea acestei metode în sifilis, am aplicat-o şi în scarlatină. Din 20 de seruri de la bolnavi scarlatinoşi, în 11 cazuri am obţinut rezultate tot aşa de intens pozitive ca şi în sifilisul primar şi secundar.

In definitiv, deci metoda de precipitare prin glicocolat de sodiu a lui Porges, inutilă şi nespecifică în sifilis, rămâne numai ca o interesantă cercetare de laborator ce pune în evidenţă anumite proprietăţi de precipitabilitate a serului sifilitic.

Metoda lui Bauer-Hecht, care ne-a dat acelaş număr de cazuri negative ca şi metoda lui Wassermann, şi care ar părea că are aceaşi valoare, nu prezintă aceleaşi garanţii de specifitate ca şi metoda originală. Iacobaens şi Backmann aplicând amândouă...

Metoda lui Noguchi, care s-a arătat cea mai sensibilă, dându-ne 96 de rezultate pozitive la sută, este lipsită de suficiente cercetări comparative şi în alte maladii, care să-i demonstre specificitate în sifilis.

Procedeul primitiv al lui Wassermann, a cărui specificitate în sifilis, afară de excepţii lipsite de importanţă, este bine stabilită şi care ne-a dat cifra ridicată de 90 de cazuri pozitive la sută rămâne tot cea mai preferabilă, dintre toate metoadele întrebuinţate.

In mod colateral cu chestiunea ce am urmărit, am căutat să observ, în cercetările ce am făcut, influenţa ce tratamentul mercurial are asupra sero-diagnosticului. Citron şi Bruck au afirmat cei dântâiu legătura dintre regularitalea tratamentului şi prezenţa sero-diagnosticului. Pentru ei un tratament mercurial intensiv transformă un sero-diagnostic pozitiv într'unul negativ. Discuţiunea acestei constatări este cu atât mai importantă cu cât unii autori cred că au găsit în sero-diagnostic veritabilul criteriu ştiinţific al tratamentului anti-sifilitic. Ast-fel Behring admite că sero-diagnosticul pozitiv trebue considerat ca un simpton al sifilisului, şi trebue tratat ca şi ori-care alt accident, până la complecta dispariţie.

Minassion şi Viana, Joltrain au observat din contra că tratamentul nu este susceptibil să influenţeze reacţia. In concordanţă cu concluziile acestor autori, nu am putut obţine dispariţia sero-diagnosticului prin tratamentul mercurial. La numeroşi sifilitici, cărora li s-a aplicat un tratament intens prin opt injecţii de câte 0,10 ctg. de salicitat de mercur, atât înainte càt şi după tratament.

Aceaşi persistenţă a reacţiei am observat-o şi la vechi sifilitici, trataţi metodic timp de mai mulţi ani.

Rezultatele pozitive le-am obţinut nu numai prin metoda clasică a lui Wasserman, ci şi prin cele-lalte trei metode întrebuinţate a lui Bauer-Hecht, Noguchi şi Porges.

MEDICINĂ PRACTICĂ

Dioxidiamidoarsenobenjolul în tratamentul sifilisului

(606 EHRLICH-HATA)

Publicaţiunile asupra tratamentului sifilisului cu noul preparat al lui Ehrlich au devenit deja foarte numeroase. Cea mai mare parte dintre cercetători, sunt de acord în a considera acest medicament ca foarte eficace. Vindecarea, excepţional de rapidă a leziunilor primare, secundare şi terţiare, dispariţia în unele cazuri în interval de 24 de ore a spirochetului în leziuni, reacţiunea pronunţată, cunoscută sub numele de r. lui Herxheimer, demonstră împreună acţiunea intensă a medicamentului asupra leziunilor.

Arsenicul a fost întrebuinţat încă demult în tratamentul sifilisului, însă nici odată n'a putut fi injectat în doză suficientă pentru ca acest medicament să poată intra în practica curentă.

Ehrlich a căutat să prepare o formă de medicament arsenical, care cu o toxicitate mică să aibă o acţiune paraziticidă pronunţată.

Rând pe rând au fost întrebuinţate atât în sifilis, cât şi în infecţiunile datorite microorganismelor apropiate, tripanosomiaze, febră recurentă, diverse substanţe preparate de Ehrlich, atoxilul, arsacetina, arsenophenilglicinul.

S'au observat însă accidente cu aceste substanţe, dintre cari cele mai dese au fost leziunile nervului optic, cari au făcut ca aceste preparate să fie îndepărtate din practică.

De curând Ehrlich şi Hata prepară o nouă substanţă, mai puţin toxică, dioxidiamidoarsenobenzolul (606), care are proprietatea de a distruge complet, după o singură injecţiune la animale paraziţi vecini de acel al sifilisului.

Primul care a făcut cercetări pe om a fost Alt, care a întrebuinţat noul medicament în afecţiunile parasifilitice, obţinând oarecare ameliorare şi arătând că reacţiunea Wassermann poate deveni din pozitivă, negativă. Cercetările de mai târziu au demonstrat însă ineficacitatea acestui medicament asupra leziunilor parasifilitice.

Schreiber întrebuinţează cel d'intâi arsenobenzolul în sifilisul recent şi obţine în 150 de cazuri rezultate excelente, fără nici un accident. Vindecarea şancrului sifilitic în câte-va zile, dispariţia accidentelor secundare în 48—72 de ore une-ori, vindecarea leziunilor sifilitice grave în cazuri în cari mercurul nu dăduse nici un rezultat, demonstra superioritatea arsenobenzolului asupra mercurului.

Cantitatea întrebuinţată a variat foarte mult. La început se injecta 0,20—0,30 centigrame, autorii necunoscând bine toxicitatea preparatului.

Astăzi se injectează până la 1 gr. 20. Dozele obicinuite întrebuinţate au fost de 0,50—0,70 la femeie, 0,60—0,80 la bărbat.

Modul de preparaţiune este facil. Primele încercări au fost făcute cu soluţiunea acidă, preparată în modul următor. Cantitatea de injectat, bine hotărâtă cu câte-va picături de alcool metilic într'un mojar, este amestecată cu 10 cm. c. de apă distilată, se adaogă în urmă 2—5 cc. soluţiune deci normală de sodă caustică, după care se completează cu apă distilată amestecul până la 20 cm. c.

Se injectează în ambele fese şi se ţine bolnavul în repaos.

Soluţiunea ast-fel preparată este însă acidă şi provoacă reacţiune intensă a locului injectat, tumefacţiune şi dureri pronunţate cari durează une-ori mai multe zile.

Pentru aceea Michaelis a întrebuinţat soluţiune neutră sau foarte slab alcalină. Acest autor dă procedeul următor: 0,3—0,6 din substanţa lui Ehrlich se pune în 16 cm.c. apă fiziologică foarte fierbinte. După dizolvare completă se adaogă 3—5 cc. soluţie normală de sodă 3—5 picături de sol. alcoolică de fenolftaleină 1°/o. Soluţiunea fiind alcalină, se colorează în roşu. In urmă se toarnă picătură cu picătură soluţie normală de acid acetic, până ce soluţia se decolorează şi în fine se adaogă o mică cantitate de sodă caustică pentru ca amestecul să devină foarte slab alcalin (soluţie rozată).

Wechselmann triturează în mojar substanţa lui Ehrlich cu 1—2 cc. din soluţia de sodă caustică din comerţ şi adaogă 10—12 cmc. apă distilată. După cantitatea de preparat întrebuinţat, soluţia este alcalină, sau acidă. Neutralizează în urmă cu sodă sau cu acid acetic, după cum reacţiunea amestecului este acidă sau alcalină.

De curând Wechselmann şi Lage au modificat technica lor. După neutralizare, se centrifugează bine amestecul, iar depozitul se dilnează în puţină apă fiziologică şi se injectează în această stare. Injecţiunea nu este cât de puţin dureroasă urmând această technică.

Kromeyer disolvă medicamentul într'un amestec de parafină lichidă şi oleu olivar. Din 100 injecţii făcute în fese, nici una nu a fost dureroasă.

Pentru injecţiunea intra-venoasă Schreiber întrebuinţează technica următoare. In 10—20 centimetri cubi de apă distilată se pune 0,3—0,5 606 şi 0,3 cc. alcool metilic. Se scutură bine flaconul până ce se obţine o disolvare completă. Se adaogă în urmă pentru fie-care 0,10 centigr. de 606, câte 1 cc. din soluţia normală de sodă caustică, şi apă fiziologică 8°/₀₀ până la 180 cc.

Dacă soluţiunea nu este clară, se pune încă câte-va picături de sodă caustică şi apă fiziologică până la 200 cc.

Este indispensabil când se injectează intra-venos ca soluţiunea să fie diluată.

Rezultatele date de diverşi autori mai ales în Germania sunt în majoritate excelente.

In *şancrul sifilitic* se constată ameliorări une-ori chiar după 24 de ore, iar vindecarea completă se poate obţine in 2—4 zile. Sunt unele cazuri însă în cari vindecarea s'a produs mai târziu, până la 28 de zile. Induraţia persistă în general mult. Ganglionii regionali diminuă foarte încet.

In leziunile secundare, cutanate sau mucoase, acţiunea rapidă a medicamentului lui Ehrlich este evidentă, S'a obţinut în majoritatea cazurilor dispariţia completă a leziunilor în 2—5 zile.

Interesant este faptul că în primele 24—48 de ore după injecţiune se produce une-ori o reacţiune intensă a leziunilor sifilitice, constând în roşeaţă şi tumefacţiune, şi cunoscută sub numele de *reacţiunea lui Herxheimer*.

Această reacţiune demonstră acţiunea locală a medicamentului şi se poate apropia de reacţiunea focarului tuberculos după injecţiunea de tuberculină.

După dispariţia sa erupţiunea lasă o serie de pete pigmentate.

Sifilisul terţiar este de asemenea bine influenţat de preparatul Ehrlich-Hata. Rapiditatea cu care dispar leziunile arată superioritatea acestui medicament asupra mercurului; leziuni întinse osoase, cutanate, testiculare s'au vindecat în 6—9 zile. In alte cazuri însă vindecarea a fost mai târzie.

In cazuri numeroase de sifilis terţiar în cari mercurul şi iodurul nu dădea de cât ameliorări neînsemnate, s'a produs vindecarea completă printr'o singură injecţiune de 606.

In câte-va cazuri de gome ale creerului rezultatele au fost de asemenea excelente.

Leziunile terţiare ale laringelui au fost bine influenţat de 606. Acest medicament a dat de asemenea rezultate foarte bune în nevralgia trigemenului, într'un caz de surditate labirintică-bilaterală, în nefrita sifilitică, sifilisul hepatic.

In general afecţiunile parasifilitice nu sunt bine influenţate de 606. In câte-va cazuri de tabes oare-cari simptome par a fi modificat, ca durerile fulgurante, durerile în centură; într'un caz de tabes o incontinenţă de urină care dura de 8 ani a dispărut în câte-va zile.

Majoritatea autorilor însă nu au obţinut nici cea mai mică ameliorare în afecţiunile parasifilitice.

In sifilisul malign mai ales rezultatele au fost surprinzătoare.

O foarte rapidă acţiune are preparatul 606 asupra durerilor provocate de sifilis. Intr'un caz de cefalee nocturnă intensă şi în altul de dureri nocturne la nivelul unei periostite sifilitice, Herxheimer şi Sonnenfeld au obţinut dispariţia durerei în câte-va ceasuri.

In sifilisul noilor născuţi Wechselmann a obţinut în câte-va cazuri vindecarea leziunilor. Parte din cei injectaţi însă au murit; autorul atribui moartea unei intoxicaţiuni acute cu produsele rezultate din distrucţiunea imensă a paraziţilor.

Foarte interesant este cazul publicat de Taege. O femee cu leziuni sifilitice, care alăpta un copil cu perionixis sifilitic a fost injectată cu 0,30 centigr. de 606. Vindecarea s'a produs în mod rapid atât la mamă cât şi la copil.

Autorul n'a găsit nici urme de arsenic în lapte şi emite ipoteza că sugaciul s'a vindecat prin antitoxinele trecute prin lapte şi rezultate din reacţiunea organismului mamei la acţiunea toxinei eliberată din paraziţii distruşi.

Un caz identic a fost publicat mai târziu de Duhot. Nici în acesta din urmă nu s'a găsit arsenic în lapte.

Taege şi Duhot consiliază să se trateze noii născuţi sifilitici prin laptele mamelor lor sau unei doici sifilitice injectate cu 606.

Emil Grósz a încercat arsenobenzolul în leziunile iriane şi corneane sifilitice cu rezultate excelente şi fără nici un accident.

*
* *

O chestiune importantă se pune. Are acest preparat vre-o acţiune vătămătoare asupra organismului?

De la început Ehrlich, în instrucţiunile trimise diverşilor clinicieni cari au experimentat medicamentul său, insistă asupra precauţiunei de a nu injecta decât la indivizi cu o stare generală bună, fără leziuni renale, pulmonare şi mai ales cardiace. In afară de aceste, cum preparate arsenicale eşite anterior din laboratorul său, atoxylul şi arsacetina, au dat naştere la atrofii ale nervului-optic, Ehrlich recomandă să nu se injecteze de cât la indivizi cu ochii absolut intacţi.

Din numeroasele publicaţiuni asupra acestui tratament rezultă că noul preparat al lui Ehrlich nu este absolut nevătămător.

După injecţiune se produce o reacţiune foarte intensă la punctul injectat, ridicare de temperatură care oscilează între 38 şi 39°, uneori chiar peste 40°, mai rar frison. Temperatura ţine în general 2—5 zile, în unele cazuri însă durează mai mult. Ea este atribuită punerei în libertate a unei cantităţi mari de toxine prin distrucţia spirocheţilor.

S'a mai observat vărsături, diaree.

In câte-va cazuri s'a înregistrat turburări cardiace, constând în tachicardie (până la 140—160 pulsaţii pe minut), palpitaţie, opresiune precordială, dilataţia cordului drept, sudori abundente. Unii autori, Herxheimer între alţii, susţin că aceste turburări nu sunt provocate de cât de soluţiunea acidă.

In puţine cazuri s'a observat uşoară albuminurie şi exanteme generalizate.

In toate cazurile există leucocitoză intensă (până la 30.000).

Bohac şi Sobotka au obţinut în 3 cazuri din 14, în urma injecţiuni intra-fesiere de soluţiune acidă, retenţiune completă acută de urină, tenesme vesicale şi rectale, fenomene cari au durat 7—9 zile şi cari au fost atribuite de autori unei acţiuni toxice asupra măduvei. Aceste turburări au fost interpretate de Ehrlich ca fiind datorite toxicitaţiei alcoolului metilic.

Herxheimer de asemenea a avut un caz de retenţiune pasageră de urină după injecţiunea întra-fesieră.

Bonhöffer, într'un caz de sifilis spinal, cu o uşoară pareză a membrelor inferioare, a observat o augmentare a fenomenelor de paralizie şi retenţie completă de urină.

In acest caz a apărut o hemianopsie stângă şi autorul se întreabă dacă nî acest caz nu este vorba de o embolie plecată dintr'un tromb format în regiunea injectată.

Wechselmann a avut trei cazuri de paralizie a muşchilor peronieri, care a fost interpretată ca datorită compresiunei sciaticului.

Hoffmann are un caz de moarte după 0,3 ctg. de 606 injectat la o persoană foarte cachectisată. Un alt caz interesant al acestui autor este acela al unui individ care după injecţiunea întrefesieră de 606, a avut o pleuresie, datorită probabil reacţiunei pleurale în urma unei embolii pulmonare plecate dintr'un tromb format în regiunea inoculată.

Fränkel şi Grouven au avut un caz de moarte după injecţiune intra-venoasă de 0,40 ctg. de 606 în 15 cc. de apă. După $^1/_4$ de oră de la injecţiune, pacientul a prezintat fenomene de intoxicaţie arsenicală supra-acută şi după 3 ore $^1/_2$ a murit.

La congresul din Koenigsberg s'a semnalat 12 cazuri de moarte din 12.000 bolnavi trataţi.

Afară de câte-va cazuri de amaurosă pasageră, semnalate de Spiethoff, nici un autor n'a observat leziuni ale nervului optic.

Toate aceste accidente enumărate ne face să conchidem că injecţiunea de noul preparat al lui Ehrlich nu este totdeauna lipsită de accidente şi că trebuie să-l maniem cu multă precauţiune.

* * *

In privinţa modului cum se comportă spriochetul după injecţia de 606 date interesante sunt publicate.

In multe cazuri s'a observat dispariţia spirochetului în 24 de ore. Mai rar peste 4—5 zile sau mai mult încă persistau.

Intr'o observaţiune a lui Herxheimer după 8 zile.

Sunt cazuri în cari spirocheţii existau încă 2 luni de la injecţie.

Rezultatele obţinute studiind puterea fixatoare a serului faţă de un antigen sifilitic înainte şi după injecţie sunt interesante.

In numeroase cazuri reacţiunea lui Wassermann din pozitivă devine negativă. In mai mult de 50 °/₀ din bolnavi Wechselman a obţinut aceste rezultate.

In alte statistici perderea puterei fixatoare a variat mai mult. In unele găsim peste 50 °/₀, în altele numai între 15 şi 30 °/₀.

In unele cazuri de şancru sifilitic, în care s'a găsit sprocheti, reacţiunea negativă înainte de injecţiune, a devenit pozitivă după aceasta. Fenomenul se poate explica prin punerea în libertate a unei cantităţi mari de produse toxice rezultate din distrugerea paraziţilor.

* * *

Eliminarea arsenicului din organisme variază după cum injecţiunea este făcută intra-musculur sau intra-venos.

După injecţiunea intra-venoasă substanţa se elimină complet în 2—3 zile prin urină.

După injecţiunea intra-musculară însă, eliminarea se face mult mai încet. Rezultatele diverşilor autori diferă în această privinţă. Fischer şi Hope nu mai găseşte arsenic dupa 4—5 zile; Grouven constată încă arsenic până la finele celui de al doilea septenar sau chiar în a treia săptămână.

Interesant este încă faptul că dacă se face după inj. de 606, tratamentul mercurial, eliminarea arsenicului se prelungeşte. Iodurul din contră accelerează eliminarea lui.

La autopsia a doi indivizi morţi de diverse afecţiuni, 14 şi 36 de zile după injecţia de 606 s'a găsit încă arsenic în muşchi fesei.

Eliminarea rapidă în urma injecţiuni intra-venoase face pe cei mai mulţi autori să recomande injecţia intra-musculară, ca ast-fel organismul să fie mai mult timp sub influenţa arsenicului.

Iversen face o injecţie intra-venoasă, urmată a doua zi de o alta intra-musculară.

* * *

Se pune încă chestiunea, ne putem aștepta la o sterilizare completă a organismului printr'o singură injecție de 606? Este incontestabil că chestiunea se poate greu rezolva în momentul de față, câte-va luni după primele cercetări.

Există însă recidive. Schreiber-Hope a avut 10 recidive din 150 de cazuri tratate, după 4 săptămâni de la injecție; Kromeyer 5 din 27, Braendle și Clingestein 4 din 27, dintre cari o recidivă gravă după 2 săptămâni $^1/_2$ de la injecție; Glück și Wolff au obținut de asemenea 2 recidive, una după 8 zile, alta după 14 zile.

Din cercetările mai întinse ale lui Wechselmen și Neisser rezultă că recidivele se observă după dozele mici, sub 0,50 ctgr.

In afară de aceasta, există destul de numeroase cazuri în literatură (Glück und Wolff, Fischer, Iversen, Hoffmann, Herxheimer, Grouven) în cari medicamentul lui Ehrlich n'a provocat de cât ameliorări puțin importante sau a fost complet ineficace.

Se poate face o a doua injecție? Câți-va autori, între alți Wechselmann, au făcut injecții repetate; acest din urmă autor a avut rezultate foarte bune fără accidente. A doua injecțiune trebuie făcutăînsă cel mai puțin după 8 zile, mai bine după 2—3 săptămâni, pentru a nu fi periculoasă și a fi urmată de rezultate bune.

După alții însă a doua injecțiune nu ar fi atât de eficace ca prima, spirocheții rămași ne distruși după prima, devenind rezistenți la arsenic.

* * *

Rezultă deci din cele ce preced că arseno-benzolul posedă o acțiune distrugătoare foarte pronunțată asupra spirochetului, că vindecă cumai mare rapiditate ca mercurul accidentele primare, secundare și terțiare, fără să aibă nici o acțiune asupra leziunilor parasifilitice.

Există însă numeroase cazuri de recidive, prea numeroase pentru ca după un timp așa de scurt de la primele cercetări să putem vorbi de o vindecare completă printr'o singură injecțiune.

De altă parte, există cazuri în cari arsenobenzolul a fost ineficace.

Este incontestabil deci că, cel puțin în unele cazuri, o singură injecțiune de 606 nu este suficientă pentru a distruge toți sprocheții din organism. De altă parte însă rezistenţa la arsenic a sprocheţilor rămaşi nedistruşi, face ca injecţiunile ulterioare să nu fie tot atât de eficace ca prima.

Dacă deci pot exista cazuri benigne de sifilis, în care sterilizarea completă să se producă printr'o singură injecţiune, sunt cu siguranţă numeroase cazuri în cari o singură injecţiune nu este suficientă.

Posedăm actualmente două substanţe antiisfilitice foarte active, mercurul şi arsenobenzolul. Faţă de ambele spirochetul poate deveni rezistent, ast-fel în cât, cel puţin în unele cazuri, un tratament făcut exclusiv cu una din ele poate fi ineficace. Intrebuinţând arsenobenzolul şi mercurul în mod alternativ, avem mai multe şanse să obţinem o distrugere completă a spirocheţilor în organism.

Dr. V. BUŞILA
Chef des travaux bactériologiques à l'Institut de Bactériologie du prof. V. Babeş.

Une modification du procédé de Bauer-Hecht

Parmi les multiples procédés de simplification du sérodiagnostic par la méthode de la déviation du complément (Bordet-Gengou) le procédé de Bauer-Hecht occupe, sans doute, une place importante. Seulement ce procédé est passible de nombreuses objections, parmi lesquelles la plus importante est qu'il supprime la titration exacte des ingrédients de même que certains tubes de contrôle et par ce fait, ôte à la réaction le caractère de précision qu'elle a dans le procédé original de Wassermann. En effet, dans le procédé Bauer-Hecht le système hémolytique (homme anti-mouton) n'est pas titré d'une façon si exacte comme dans le procédé originel de Wassermann, bien qu'il soit suffisamment connu que le titre de ce système hémolytique est très variable non seulement pour chaque individu, mais aussi pour le même individu, selon qu'il s'est écoulé plus ou moins de temps depuis l'émission du sang jusqu'à son utilisation pour la réaction.

Le titrage qu'on fait en ajoutant successivement du sérum dans le tube de contrôle, quoique assez compliqué, pourtant reste rudimentaire parceque jamais il ne donnera le titre absolu de ce système, mais seulement le titre relatif de celui-ci, c'est à dire qu'il nous montre si ce système est capable d'hémolyser une quantité, toujours la même, de globules de mouton. Mais, quand il arrive que ce titre soit de beaucoup supérieur ou inférieur à la moyenne, le procédé, ne pouvant pas déceler cette variation, donne des résultats erronés, ou dubieux, ou même ne permet pas de terminer la réaction. C'est sur tout dans la seconde alternative que le procédé nous donne de tels résultats. Car, en effet, la présence de l'ambocepteur hémolytique peut ne pas se manifester; ou bien, on se trouve dans la nécessité, d'ajouter des quantités considérables de sérum, ce qui ne peut pas rester sans action sur le résultat et nous oblige d'en avoir toujours des quantités plus ou moins considérables.

D'ailleurs le système des adjonctions successives de sérum prend beaucoup de temps. En effet, il faut tenir compte du temps employé pour la sensibilisation de chaque nouvelle dose de sérum ajoutée, sans quoi ces doses ne se trouveraient pas dans des conditions identiques et le résultat en pourrait souffrir.

En résumé, en se servant de ce procédé, on a des résultats peu précis et on ne peut jamais prevoir ni la quantité de matériel, ni le temps nécessaires à la réaction.

C'est pour rémédier à ces inconvénients que, depuis quelque temps, je fais usage d'un titrage précis du système hémolytique.

Dans ce but j'ajoute une échelle de dilutions des globules à des quantités fixes de sérum. De cette manière j'économise le temps nécessité dans le procédé de Bauer-Hecht par les adjonctions successives de sérum, je réalise une précision parfaite et j'obvie aussi aux autres inconvénients signalés plus haut. J'insiste encore une fois sur le fait, que dans ma façon de procéder ce n'est pas la quantité de sérum qui varie, mais seulement la quantité de globules.

Voici comment je dispose ma réaction:

Eau salée 9%		ANTIGÈNE (1)		Sérum	Hématies de mouton diluées au:			
		dose simple	dose double		0.5%	1%	2%	3%
a)	0.5	—	—	0.1	0.5			
b)	0.5	—	—	0.1		0.5		
c)	0.5	—	—	0.1			0.5	
d)	0.5	—	—	0.1				0.5
1)	0.5	—	—	0.1				
2)	—	0.5	—	0.1				
3)	—	—	0.5	0.1				
4)	—	0.5	—	0.2				

---

1) Extrait éthéré de foie syphilitique.

Les quatre premiers tubes servent pour le titrage; les autres sont les mêmes que dans le procédé usuel de B.—H.

On porte à l'étuve. Au bout de 30 minutes on note les tubes hémolysés.

On peut laisser encore les tubes à l'étuve pour une autre demi-heure; mais ce n'est pas indispensable.

Au bout de ce temps on ajoute aux tubes 1, 2, 3 et 4 l'émulsion appropriée de globules, c'est à dire, celle, qui a été justement hémolysée dans une demi-heure. Dans l'intérêt de l'exactitude du travail, il est important de préparer dès l'abord la quantité toute entière des dilutions dont on aura besoin.

On remet à l'étuve pour une heure.

Depuis que je travaille d'après ce procédé je n'ai jamais rencontré un sérum dépourvu d'hémolysine. La réaction peut être exécutée avec des quantités très petites de sérum, même lorsque le sérum est pauvre en ambocepteur hémolytique.

J'ai communiqué ce procédé à Mrs les Drs P. Galesesco, I. Brukner et Fr. I. Rainer, chefs de laboratoires des hôpitaux Colentina et Colţea qui s'en servent depuis quelque temps.

J'ai appliqué le même principe de titrage au procédé de Wassermann pour remédier aux variations accidentelles des titres des ingrédients, variations qui sans ce titrage supplémentaire pourraient avoir une influence perturbatrice sur la réaction.

Ce titrage, je le fais comme suit:

Alexine	Hémolysine	EMULSIONS DE GLOBULES		
		a 6%	a 5%	a 4%
1 c.c.	1 c.c.	1 c.c.	—	—
1 „	1 „	—	1 c.c.	—
1 „	1 „	—	—	1 c.c.

C'est à dire, qu'au lieu d'un seul tube de contrôle du système hémolytique, j'en emploie plusieurs.

Comme dans le procédé précédent, le titrage se fait simultanément avec la sensibilisation.

On utilise l'émulsion, qui a été complètement hémolysée en une demi-heure.

(Reçue à la rédaction le 1-er/14 octobre 1910).

LUNA MEDICALĂ

Bacteriologie

CH. NICOLLE et L. MANCEAUX. **Recherchers sur le bouton d'orient cultures, réproduction expérimentale, immunisation.** *(Annales de l'Institut Pasteur No. 9 1910.)* Un studiu foarte complect şi foarte bine condus asupra butonului de *Gafsa* varietatea butonului de orient, care infectează de preferinţă pe Europeni şi foarte rar pe indieni, şi într'un mod foarte benign).—Ch. Nic. a izolat în 1908 pentru întâia oară din butonul de orient Leishmania tropica din apa de condensaţie din tuburile cu Mediul Novy-Mac-Neal, care puse la 22°, după 4 zile apar forme flagelate, urmate imediat de forme de diviziune, cari ating maximumul ca număr în a 8-a zi, când să văd numeroase forme rosacee şi foarte mobile, mobilitate care diminuă treptat până la complecta imobilizare după 2 luni, când cultura este moartă. — Preparatele colorate din culturi nu se deosebesc întru nimic de *Kala-azar*,—aceleaşi forme de involuţie, forma definitivă fiind un flagelat tipic, puţin arcat, ascuţit la extremităţi şi un singur flagel; — nucleul de obiceiu aproape de extremitatea anterioară şi totdauna aproape de o margine; centrosomul în formă de bastonaş la extremitatea anterioară. S'au obţinut până la 30 de trecere pe acelaş mediu, însămânţările făcându-se la fie-care 6 zile.

Partea experimentală foarte complectă şi bazată pe observaţiuni excelente arată patogenitatea pentru om, maimuţele inferioare şi câne; mai rar să obţine trecerea de la maimuţă la om; de la câne nu să poate da boala de cât la câni. — S'au obţinut ast-fel leziuni tipice atât cu culturi-virus (prima trecere) cât şi cu culturi din a 3-a 4-a generaţie; în totdauna după o incubaţie lungă de la 16-166 zi, să arăta la punctul cutan de inoculare o papulă sensibilă, roşie violacee, care devine încet, încet un element papulo tuberculos, care sgâriat dă o serozitate foarte bogată în paraziţi, după cât-va timp (90 zile) leziunea dă înapoi şi vindecarea urmează. La animalele sensibile numai injecţiunile în piele dau boala, pe altă cale nu să obţine nimic, locul de elecţie e pielea nasului şi pavilionul urechei. *Arată leziunile vindecate*, organismul devine imun pentru o a II-a inoculare; în caz contrariu să obsearvă din contră o sensibilizare, care să traduce printr'o diminuare a incubației, cânii atinşi de kala-azar şi vindecați nu mai capătă butonul de orient chiar după injecțiuni repetate; contrariul nu dă o imnuitate complectă.

Autorul crede că e vorba de unul şi acelaş parazit, lucru s'ar confirma pe deplin dacă s'ar găsi că agenții vectori a acestor 2 entități elinice ar fi diferiți.

M. CIUCĂ

F. HEKENROTH. **Sur un essai d'obtention d'une race de Nagana résistante d'emblée à l'éméthique** *(Annales de l'Institut Pasteur No. 9 1910.* Cercetările au fost făcute cu Tr. Brucei pe şoareci, rezultatele au fost variabile şi în tot cazul mult deosebite de cele obținute cu atoxil, arsenophenilglicin, etc. — Dosele de emetic administrate variau de la 0.10 m. gr. — 0.20 m. gr. la şoareci a căror greutate era între 17—20 gr. O primă serie de cercetări pentru a studia acțiunea emeticului asupra virusului normal dă rezultate aşa de variabile şi neconcise în cât aproape nu se mai poate trage vre-o concluzie. — Tot aşa de inconstantă este şi acțiunea emeticului asupra rarelor rase rezistente la emetic. Numai în două cazuri această rezistență a fost transmisă la un soarece; în trecerile ulterioare virusul a redevenit tot aşa de sensibil la emetic ca şi virusul normal, s'au observat încă fenomene de sensibilizare, cari au persistat 2-6 săptămâni în urma dozelor terapeutice repetate.

M. CIUCĂ.

L. HOCHE. — **Des corps libres des séreuses viscérales et plus particulièrement du Péritoine.** *Archives de Médecine experimentale et d'anatomie Pathologique.* In cavitățile seroase, cât şi în sinovialele articulare, tendinoase, în bursele seroase se pot găsi, de multe ori prin surprindere corpi liberi ai căror fomațiune de mulți autori a fost discutată şi interpretată. In sinovialele şi bursele seroase sunt unii corpi liberi formați la periferie, din lamele de structură omogenă, probabil de fibrină şi centrul din celule degenerate.

Aceştia ar fi corpii riziformi, cei de natură tuberculoasă. Tot în sinoviale şi burse se mai găsesc corpi fibro adipoşi, fibro cartilaginoşi, osoşi care nu ar fi decât urme de procese vechi de artrită, urme de traumatism cartilaginos sau osos în diferite regiuni. In cavități seroase:

In cavitatea vaginală se găsesc de f. multe ori corpi streini. Reclus, Lejars s'au ocupat în deosebi de chestie. De obicei în hidrocele şi în procesele inflamatorii ale vaginalei se găsesc aceşti corpi liberi, cu sediul mai ales în fundul de sac subepidedimar. Periferia corpului liber e formată din țesut fibros, iar centrul din un lichid turbure, granulòs, uneori crétaceu. Aceştia sunt resturi de aderente sub formă de vilozități, căzuți în cavitatea vaginală.

In peritoneu de asemenea se găsesc astfel de corpi liberi.

Unii au centrul format din țesut adipos, şi care nu-i decât apendicele epiploic căzut (teoria lui Reid admisă de majoritate) periferia, substanța corticală a acestor corpi liberi după unii ca Robin, Vercontre ar fi formată din fibrina, după alții ca Darier din țesut fibros.

Autorul articolului a observat că pe lăngă țesutul fibros sunt şi celule conjuctive fuziforme mai ales spre profunzime, unde unele sunt chiar atinse de degenerescenta granulo grasoasă.

Aceste celule conjuctive, sunt colagene, ar avea proprietatea de a secreta fibre ce constitue substanţa corticala a corpului liber. Aceste celule s'ar depune pe un apendice epiploic căzut şi ar secreta fibrele. Celulele ar fi libere în cavitatea peritoneală. Ca corpi liberi s'au mai găsit în cavitatea peritoneală, ovare, salpinge, tumori pediculate ale intestinului şi rupte în urmă. In Pleură şi pericard sunt f. rari sunt datorite falselor membrane inglobate. — Aceşti corpi liberi sunt nevătămător şi persoanele purtătoare nu atrag atenţia nimănui nefiind supărate de nimic.

N. LUPU.

V. LOGIE. — **The action of dysentery bacilli on nitrites and nitrates.** *The journal of Hygiene.* Aug. 910 p. 143. L. dă după Hiss şi Shiga clasificaţia disintericilor, după care se stabilesce cinci varietăţi bine definite. Tipul I sau b. Shiga după Lentz, fermentează numai glucoza; e singurul care nu formează indol. Tipul al II fermentează glucoza şi manita, al III glucoza, manita şi zabarosa, al IV glucoza, manita, zabarosa, maltoza şi dextrina. In fine tipul V se deosebeşte de IV prin aceia că culturile din acide devin alcaline după 4—5 zile, şi prin caracterele lu aglutinante (Shiga). La acestea Lentz adaogă un alt tip, Flexner, care se deosebeşte de tip. IV Hiss numai prin faptul că nu fermentează zaharosa. Ultimele patru varietăţi. acelea cari fermentează deci manita sunt în relaţie mai strânsă una cu alta, decât fiecare din ele cu tipul I (Shiga): serurile bolnavilor infectaţi cu tipul Flexner (t. IV) sau Y (t. II) aglutinează culturile ambelor tipuri în cantităţi absolut egale, aşa că un diagnostic diferenţial între Flexner şi „Y“ prin aglutinaţie e imposibil. Bacilul Shiga (T. I) din contră nu e aglutinat de serurile pacienţilor infectaţi cu aceste două varietăţi. B. Shiga produce mult mai multe şi mai puternice toxine (giftiger Tipus) ca celelalte tipuri, cari s'ar putea grupa laolaltă în grupa netoxică (giftarmen Typen). Mulţi autori cred că disenteria produsă de tipul Shiga e cea mai severă; de multe ori însă la acelaş bolnav se pot insola bacili din 2—3 varietăţi. Nici odată şi nici unul nu produc gaze în mediile zaharate; cresc în lapte dar nu-l coagulează; sunt groşi, de lungimi diferite; mărimea variază nu numai de la o specie la alta, ci chiar la aceiaşi speţă. In culturile tinere dese ori se văd grupaţii 2 câte 2, ca nişte diplobacili. Au de obicei mişcări browniene foarte pronunţate; mişcări de translaţii n'au nici odată, căci sunt lipsiţi de cili. Aciditatea culturilor e foarte variabilă după tip şi mediu, totdeauna mai puţin pronunţată ca acea produsă de coli.

Pentru studiul acţiunii lor asupra nitraţilor şi nitriţilor a s'a servit de apă peptonă (peptonă 1%, Cl. Na. 5%) la care adaogă 0,00023% nitrat de sodiu sau 0,000283% nitrit de sodiu. Nitraţii în cultură îi pune în evidenţă cu acetatul de L naphitalmină şi ac. sulfanilic (se disolvă 5 gr. ac. sulfanalic în 150 cm. ac. acetic diluat (sp. gr. 1040). Se ferbe 1 gr. acetat de naftilamină în 20 cmc. apă distilată, se filtrează apoi şi se adaogă la 180 c. c. solut. ac. actic; se amestecă cele două soluţii, se păstrează la adăpost de aer. Soluţia trebue să fie totdeauna fără culoare. O coloare roşie indică prezenţa acidului azotos sau azotic, Totdeauna trebue făcut şi un tub de control, căci însuşi peptona (Witte) conţine urme de nitraţi; aceştia pot cădea în soluţie şi din aer dacă vine prea mult în contact el. Pentru aceasta toate tuburile de experienţă trebue să fie parafinate bine cât sunt puse în incubator.

Toate tipurile afară de o subvarietate a tipului Shiga reduc nitraţii în nitriţi. Nici unul din cei ce nu fermentează manita (t. Shiga) nu distrug mai departe nitriţii.

Dintre cei ce fermentează manita Tip III şi o subvarietate din t. Flexner, care nu acidifică nici zerul (petit lait) turnesolat, nu distrug nitriţii. Acesta din urmă ar putea face un tip aparte, cari e singurul din t. Flexner care nu reduce nitriţi, nu acidifică zerul turnesolat; numai el dintre toţi disinterícii nu reduce nitriţi şi totuşi face indol, deci dă reacţiunea coleraroth. In mediile glicozate şi tip. I (Shiga) distruge nitriţii; sub un curent de oxigen nici unul nu mai distruge nici nitraţii nici nitriţii; în mediile glucozate efectele inhibitorii ale oxigenului sunt mai puţin pronunţate.

Cultivaţi ca anarobi b. Shiga şi b. dysenterial. Jügens nu mai distrug nitraţii.

DĂNULESCU

ZINSSER. —**The bactericidal substances extracted from normal leukocytes** *Journal Med. Research.* 1910 pag. 397. Z. a preparat din leucocitele de epure de casă un extract apos, şi un altul cu o soluţie fiziologică de sare din aceleaş leucocite îngheţate. Ambele extracte au proprietăţi bactericide, cam de aceiaş intensitate. Experienţele le-a făcut adăogând extractele la cantităţi egale de culturi microbiene (stafilococul piogen) bine emulsionate, cari apoi erau însămânţite pe plăci de agar. Totdauna a găsit o uniformitate aproape absolută a acţiunii ambelor extracte asupra diferitelor varietăţi ale aceluiaş microb. Substanţa bactericidă extrasă din leucocite încălzită sub 75° nu 'şi pierde puterea activă; la 80°c. şi o pierde aproape cu totul şi nu şi o mai recapătă, dacă i se adaogă complement. Aceste extracte nu par să lucreze cu ajutorul complementului, pe care de alt fel nici nu-l conţin, căci adăugate fiind la seruri inactivate care conţin anticorpi antibacterieni sau hemolitici, nu le activează. Este probabil cu totul diferită de substanţa bactericidă a serurilor sanguine normale. E şi mult mai slabă cu aceasta din urmă. Probabil că nu ia aproape nici o parte sau poate numai una secundară, la vindecarea infectiunilor oamenilor sau animalelor. Leucocitele animalelor imunizate nu dau un extract bactericid mai activ de cât acele ale animalelor normale. Nu joacă deci nici un rol în imunitatea câştigată. Poate că uneori sunt suficiente să distrugă un număr cu totul limitat de bacterii, după ce au fost ingiliţite însă de globulele albe.

DĂNULESCU

ERNEST HILL and PARK ROSS. — **Epidemic generalised Vaccinia.** *The Journal of Hygiene.* Aug. 910, p. 137. Generalizarea erupţiei cutanate consecutivă vaccinaţiei antivariolice e cunoscută de mult; e însă foarte rară şi puţin studiată. Autorii având ocazia să o vază de mai multe ori, printre vr-o 500.000 indivizi pe cari i-au vaccinat între 902—908, fac în acest articol un studiu destul de complect şi de interesant, asupra acestei complicaţii, uneori cu urmări fatale. Toate vaccinaţiunile le-au făcut cu limfă de la viţele. Manifestaţiunile eruptive pot fi împărţite în trei grupe:

Grupa I. Cuprinde cam 20% din cazuri. Erupţia e generalizată; apare simultaneu pe tot corpul, intre a 14-a—28-a zi dela vaccinaţie, de multe ori după ce crusta vaccinală a căzut. E formată din macule mici, moi, înconjurate de aureole congestiv cari dispare prin presiune. E însoţită de febră. După 2 — 3 zile maculele sunt înlocuite de vesicule miliare la început; cari îşi măresc treptat dimensiunile, aşa că după 6 zile ating mărimea unei seminţe de nuca vomica; uneori sunt omblicate, au un conţinut apos, gelatinos, roşcat, care devine după vr'o 8 zile purulent (pustule) şi atunci apare febra secundară şi prurit accentuat. Erupţia se întinde şi pe mucoasa bucală, gingii, vălul palatin, faringe; e mai accentuată pe frunte şi gât unde ia un aspect infecţios, crustos, adesea confluent; cu aceleaşi caractere şi intensitate e şi erupţia de pe fese, coapse şi braţe şi în special de pe braţul vaccinat. Se întinde şi pe palme aproape totdeauna, foarte rare ori însă pe tălpi; pe abdomen uneori lipseşte, totdeauna e abia aparentă. In general are aspectul mai mult al unei erupţii varioloide decât al uneia variolice.

Grupa II-a. Cea mai frecuentă (75%) din cazuri) e caracterizată prin o erupţie secundară de vesicule, cari apar în jurul vesiculelor originale către a 8-a zi; se generalisează apoi, având cam aceeaşi distribuţie cu cea din primul grup, de care se deosebeşte prin faptul că generalizarea se face neregulat; la intervale neregulate se ivesc în diferitele regiuni ale corpului grupe de vesicule caracteristice; unele sunt vindecate, când altele abia apar, aşa că pe acelaşi individ se pot vedea erupţii în toate fasele evoluţiei lor; au o predilecţie deosebită pentru regiunile umede, calde, pentru cele expuse mai mult la traumatisme (fese) sau la alte iritaţii. Moartea, în cele mai multe casuri, e datorită unei broncho-pneumonii consecutive; survine în ultimele stadii ale boalei, cel puţin după 5 săptămâni dela vaccinaţie şi după 2 săptămâni dela pustulizarea vesiculelor, cel mult după 3 luni. E datorită absorbiţiunilor septice.

Grupa III-a. Foarte restrânsă; erupţia e consecutivă uneia din primele două; nu are un caracter definit, uneori se ulcerează; dispare repede pentru a reaparea uneori mai puternică peste 1—2 luni. E însoţită de simptome generale grave, uneori mortale.

Boala nu se transmite dela persoană la persoană; conţinutul pustulelor inoculat la viţele, produce o erupţie tipică dar nu prea puternică.

In cele mai multe cazuri s'a constatat generalizare la copii vaccinaţi cu limfa dintr'un singur tub şi mai ales la cei din ţinuturile cu clima mai friguroasă. Uneori boala lua o formă epidemică, căci apare la aproape 15% din vaccinaţi. E posibil ca raritatea cazurilor din districtele călduroase, să fie datorită reducerei virulenţei limfei prin puterea atenuantă a temperaturilor ridicate.

Toate vaccinaţiile fiind făcute cu limfa culeasă dela aceeaşi viţea, pusă însă în tuburi diferite la fiecare recoltă, cum aceea din unele tuburi s'a arătat mai virulentă, urmează cu virulenţa e datorită limfei cu care viţeaua a fost inoculată în diferite rânduri, nu vreunei reacţiuni particulare a animalului.

DĂNULESCU

COURCOUX et L. RIBADEAU-DUMAS. — **Recherches expérimentales sur les hépatites sclereuses tuberculeuses.** Chestiunea hepatitelor tuberculoase umane a dat naştere la multe interpretaţiuni, în ceea ce priveşte patogenia lor. La început deşi Hannot spune că „există o ciroză tuberculoasă cu ascită“ totuşi foarte mulţi clinicieni puneau ca cauză predominanţă a cirozei, alcoolismul. Mai în urmă rolul tuberculozei a fost considerat mai cu seamă. După leziunele histopatolngice e greu azi de a spune adevărata boală a unui organ. Ori-ce agent infecţios sau toxic e capabil să determine leziuni, acute, sub acute şi cronice, şi să atace in acelaş timp cu parenchimul şi ţesutul conjuctiv al organului. Bacilul tuberculos, pe lângă cunoscutele leziuni specifice, determină, şi leziuni inflamatorii banale. Dacă leziunele banale sunt determinate de foarte mulţi agenţi toxico infecţioşi, sunt şi cele specifice, asemănătoare tubercului, produse de câţi-va agenţi patologici spre a se limpezi chestiunea hepatitelor tuberculoase, experimentatorii au căutat să vadă, care părţi din bacil, şi cum anume produc leziunele la animale, spre a se deduce asemănarea la om. Hannot şi Gilbert cei dintâi au văzut că la animale ca cobai sunt ciroze tuberculoase primitive, animalele nesuferind nici o injecţiune.

Au mai observat că ciroza tuberculoasă a animalelor e datorită fie virulenţei atenuate a bacilului, fie schimbărei rezistenţei organismului animalului, injectat fiind mai înainte cu tuberculină.

La cobaiu injectaţi cu tuberculoză umană ei spun că se face o scleroză perilobulară şi introlobulară. La periferia lobulului sunt tubercului care sufăr o transformare fibroasă. Mai observă în acelaş timp o steatoză a celulelor hepatice. Ei obţin ciroze pur granuloase.

Bacilul Koch determină nodul în locul unde se aşază, iar în ţesuturile de prin prejur el determină o scleroză, prin iritaţia făcută de tuberculi.

Gougerot susţine că la animale, la care a experimentat a observat o ciroză cu steatoză parenchimatoasă, o ciroză banală fără tuberculi specifici şi prin urmare fără noduli fibroşi consecutiv celor dintâi. A observat o scleroză insulară, intralobulară, mnnocelulară. E posibil însă ca leziunile cronice să fie o urmare a leziunilor vasculare şi biliare din ficat. Cunoscută e ciroza lui Charaot şi Gombault, obţinută prin legarea canalului coledoc. Mai trebue de observat că animalele injectate să nu sufere de paraziţi care ar fi capabili să determine asemenea leziuni, de pildă coccidioza la epuri. Courcoux şi Ribadeau-Dumas au căutat să vadă şi ei experimental această chestiune a hepatitelor. De luat în consideraţiune, spun ei, că injecţiunele să se facă cu corpi bacilari, căci tuberculina determină leziuni parenchimatoase şi f. puţină scleroză. Substanţele injectate au fost eterbacilina şi cloroformbacilina substanţe preparate de Auclair.

Injecţiunele le au făcut la epure. Cu ether-bacilina au căpătat în jurul venelor porte niste nodului formaţi din limfocite, şi unde nu existau celule gigante. Cu cloroform-bacilina se produceau tuberculi fie în plin lobul, fie în spaţiul port. Noduli din lobulul hepatic la animalele sacrificate după puţin timp de la injecţie aveau centrul caseos şi periferia fibroasă. La animalele sacrificate mai târziu erau tot nodulii transformaţi într'un ţesut fibros. Ei n'au observat leziuni ale parenchimului. Se vede prin urmare cât e de greu de a stabilit experimental leziunile determinate de bacilul Koch. După cum se vede acest bacil e capabil să producă mai multe feluri de leziuni şi acestea se manifestă din diferite cauze necunoscute în diferite feluri. Pe urmă substanţa injectată, până îşi exercită influenţa ei, sufere mai multe transformări aşa că adevărata substanţă influenţantă nu-i uşor de cunoscut. Experienţa la animale de multe ori ne pune pe cale, dar mai rămâne de cunoscut până la interpretarea adevăratei leziuni umane.

N. L.

JEANSELME, LAIGNEL LAVASTINE, TOURAINE. **Note sur 50 cas de syphilis traités par le 606 à l'hôpital Broca.** *(Soc. méd. des hôpitaux No. 25 1910).* Dozele întrebuinţate au fost între 0.30—065, doza maximă, la cari au rămas autorii şi pe cari au întrebuinţat'o în mod constant. Pentru prepararea amestecului procedeul era variabil după substanţa trimesă solubilă sau insolubilă în apă, în cea din urmă întrebuinţându-se şi alcool metilic, — în ambele metode amestecul era adus la limita neutralităţei cu sol. normală, deci normală de sodă şi acid acetic. — Injecţiunile au fost făcute între omoplaţi (sub piele), în vâna cotului şi definitiv au rămas la injecţiunea intra-fesieră.—N'au avut nici un accident, eliminând sistematic indivizii cu leziuni viscerale şi oculare. După injecţie reacţie intensă locală, temperatură 38″ şi chiar 39° şi 40°, tachicardie fără ridicare de temperatură etc. — Acţiunea terapeutică din cele mai evidente asupra leziunilor primare şi secundare şi mai importante că a 2-a zi după injecţie în mod constant să observa o turgescenţă, o congestie, o evidentiare mai pronunţată a leziunilor sifilitice, cari în urmă retrocedau cu o repeziciune uimitoare. Chiar formele cele mai rebele de sifilide palmo-plantare, acneiforme, psoriaziforme după 6-8 zile erau complect vindecate. In câteva cazuri au observat pe mucoasa bucală mici ridicături epidermice albicioase, probabil oare cari începuturi de stomatită arsenicală.

Foarte importantă observaţia unei mamie, care în urma injecţiunei de 0.45, vedea sifilidele sale papuloase dispărând; Copilul pe care îl alăpta şi care înainte de tratamentul mamei nu avea nici o manifestaţie, imediat după injecţia mamei căpătă o erupţie de sifilide lenticulare din cele mai evidente peste tot corpul. In timpul tratamentului temperatura mamei şi a copilului varia între 38° — 39°.

M. CIUCĂ

LUCIEN JAQUET. **Considérations sur le traitement par l'arséno-benzol d'Ehrlich et la sur biothérapie de la syphilis.** (*Soc. méd. des hôpitaux No. 25 1910*). Autorul aduce observaţiunile a 3 cazuri de sifilis malign: o glosită scleroasă, un ulcer lingual şi o macrolabialită anterioară în cari a observat o ameliorare evidentă şi în fine un al III caz: alcoolic, sifilom ulceros al coapsei drepte şi care în plus de câţi-va ani avea turburări digestive, crize dureroase, vărsături nesanguinolente. etc. A 7-a zi după injecţia cu arsenobenzol, în timp ce ulcerul său se vindeca, survin vărsături abundente, negre, melena care omoară individul după 24 ore,—la autopsie un ulcer cu margini caloase, stenoza pilorului, perigastrită. Autorul e de părere a pune între contra indicaţiuni şi afecţiunile ulceroase ale tubului digestiv.

Milian aduce rezultatele tratărei a 100 cazuri, fără nici un deces şi fără nici un accident şi au efecte terapeutice miraculoase. Intre altele citează: un eritem violent apărut la o femee lehuză cu sifilis cerebral şi turburări în vorbire; în afară de acest accident neînsemnat femeea a fost deplin vindecată. O nefretică sifilitică cu 6 gr. albumină a suportat foarte bine tratamentul, două săptămâni după injecţie numai avea de cât 2 grame. — Toate fenomenele primare şi secundare să vindecă cu mare repeziciune ca şi formele şi ulceraţiunile terţiare, cea mai interesantă însă e observaţia unui student în medicină cu un sifilis malign care în mai puţin de un an cu tot tratamentul energic mercurial mergea cu paşi repezi spre *Taboparalizie: inegalitate* pupilară, dispariţia reflexelor, dureri fulgurante, palpitaţiuni, pierderea memoriei. După 0.60 m. de 606, toate fenomenele dispar, o adevărată reînviere.

M. CIUCĂ

OHNO. — I. K. **The reaction of culture media in relation to the morphology of the cholera organism.** (*Philip. Journ. of scient. B. medic, t. IV 1909 Oct. No. 5 341—352. d. Bulet. Inst. Pasteur No. 17 1910*). Vibrionul cholerei tinde să devie rectiliniu în mediile acide, să încurbează şi să scurtează în cele alcaline. După autor, faptul ar servi la identificarea vibrionului, servindu-ne de apă peptonizată acidă $0.3^0/_0$, apă peptonizată alcalină $0.5^0/_0$ şi $1.3^0/_0$, medii, cari ar face ca vibrionul să apară sub cele 3 forme. Cu cât mediul să alcalinizează sau să acidifiază mai mult cu atât aglutinarea e mai slabă. Indolul e foarte inconstant.

M. C.

FALCAO. — **Sur les lésions initiales de la lèpre.** *Deuxième conférence de la Lèpre. Bullet. Inst. Pasteur No. 17 1910). t. III p. 98.* Istoria a 3 cazuri, la apariţia lepromelor cărora, autorul a asistat. Cu 3 luni înainte de eclosiunea lepromelor bacilii apăreau în secreţiunea nazală în urma unei inflamaţii banale, guturai etc.

MARCHAUX. — **Les migrations du bacille de la lèpre.** *(t. III p. 57).* Celulele parazitate (macrofagii lui Metschnicof), când nu sunt imobilizate de o încărcare prea mare de bacili, sau de un proces local, sunt puse în mişcare de orice reacţie inflamatorie, care pune în mişcare leucocitele mononucleare. Acest fapt produce bacilemia în afecţiunile febrile.

ARNING. — **Demonstration von tuberkuloiden Gewebsveränderung bei Lepra und Nachweis ihrere Begiehung zum Leprabacillus durch prolongierte Gramfärbung** *(t. III p. 204).* Aplicând la lepră technica lui Much pentru tuberculoză autorul colorează bacilii în violet, acolo unde Zielul nu colora nimic. Căci bacilul tuberculozei, când e bine colorut cu eosină, b. leprei rezistă decolorărei prin alcalii şi iodur de potasiu.

DELBANCO. — **Demonstration mikroskopischen Pröparate** *(t. III p. 362).* In numele lui Unna autorul prezintă un procedeu de coloraţie, care face să se deoserbască bacilii vii de cei morţi în ţesuturi.

1. 12 ore alb. Victoria timolată — spălare — 5 secunde acid azotic $30^0/_0$. — decolorare cu alcool absolut — 10 minute safranină $1^0/_0$ — spălare — 5 secunde acid azotic $30^0/_0$ — alcool — uleiu — balsam.

Bacili vii apar în albastru închis, cei morţi în galben; nuanţele intermediare arată gradele deosebite de vitalitate ale microbilor. Din un procedeu cu fucsină şi violet de genţiană anilinat pentru colorarea formei coccothrix.

OLEGG. — **The cultivation of the leprosy bacillus.** *(Philip. Journ. of. seint. t. IV No. 6).* In simbioză cu amebele ar fi cultivat din material lepros un acid rezistent scurt, gros, pe care l'a izolat de amebe şi cele l'alte impurităţi prin încălzire la 60°, după care temperatură creşte pe mediile obicinuite de laborator. Inoculat la animale produce la cobai o îngroşare a pielei, împrejurul punctului de inoculare: secţionându-se ţesutul neoformat să văd acido rezistenţi intracelulari.

Ar fi reuşit să facă şi treceri. Cobaii mureau în 3—4 săptămâni.

V. BABES. — **Sur des réactions réputées comme spécifiques dans la lèpre.** *(t. III p. 321).* Aproape toţi leproşii reacţionează la tuberculină, care poate servi şi le dragnostic şi ca tratament în lepră. Contrar tuberculoşilor (?) leproşii dau pozitivă reacţia Bordet Geugou în tuberculină sau extractele tnberculoase ca antigen.

MEIER. — **Serologische Untersuchungen bei lepra.** *(t. III p. f34).* Fixarea complimentului, cu sângele leproşilor (intoxilina cu antigen) arată că există o adevărată anti tuberculină datorită unei infecţiuni duble cu lepră şi tuberculoză sau unei cantităţi însemnate de lipoizi sau reacţiunei de grup. Reacţia Wassermann este pozitivă în $70^0/_0$ cazuri, diagnosticul cu sifilisul să face cu tuberculina luată ca antigen. Serodiagnoscicul în lepră dispare cu vindecarea leziunilor, cari să pot evidenţia ci prin precipitarea cu lipoizi.

DEHIO. — **Ueber die Verbreitungswege der Lepra.** *(t. III p. 16).* Studiind întinderea leprei în Linonia observă că leproşii formează focare izolate, lepra fiind contagioasă atât direct cât şi indirect.

A. SAND. — **Geschieht die Anstekung der Lepra durch unmittelbare Ubertragung** *(t. III p. 39),.* După statistici S. constată că bărbaţii sunt mai atinşi ca femeile şi între 20 — 40 ani, Din fir de căsnicii, în cari unul din soţi era lepros numai în 17 cazuri cel-lalt soţ era atins de această afecţiune. Din 1772 copii proveniţi dela un părinte lepros nrmai, 117 au devenit leproşi. Din 68 copii cu ambii părinţii leproşi 8 au fost atinşi de lepră. Dintr'un tată lepros să văd $5^0/_0$ heredo-leproşi; dintr'o mamă leproasă numai $10^0/_0$. Deci lepra nu s'ar transmite direct ci printr'un intermediar. Rosohmos a observat două cazuri de contagiune prin contact.

G. STICKHR. — **Fragen zur Hetiologie der Lepra** *(t. III p. 63).* Căutând cauza leprei în afară de om ca sursă, autorul să întreabă dacă e banal acidorezistentul izolat din peşte la Bergen?

HOLMBAL. — **La lutte contre la lépre.** Adunarea notează următoarele păreri: Lepra e o boală contagioasă; nici o ţară, oricare i-ar fi altitudinea nu este la adăpost de infecţiune. Izolarea leproşilor se impune. Copii leproşilor să fie separaţi de părinţi şi puşi în observaţie. Transmisiunea prin insecte este de elucidat. Remediul specific pare probabil.

M. CIUCĂ.

STRAUCH FR. W. — **Ueber bacteriologischen Leichenblut untersuchungen.** *(Zeits. f, Hgg. p. 183, 12 April 1910 bulet. Inst. Pasteur 17/1910).* Rezultatul, însământările din cord şi sistemul nervos periferic la mai bine de 2000 de cadavre şi pe medii diferite 48 ore dăpă moarte într'o cameră rece, arată că floarea bacteriană nu diferă de cea din viaţă, care a cauzat moartea. Ipoteza trecerei microbilor în sânge după moarte pare nejustificată, floră, care mai ales la copii să înmulţeşte evident în agonie. In boalele cronice sângele a rămas steril numai la adulţi, la bătrâni şi copii de obiceiu e centaminat.

M. C.

O. CASAGRANDI. — **L'etiologia del Vainolo umano** *(Ann. Ig. sperium t. XX n. s. f. p. 188 1910 bulet. Inst. Past. 17/1910).* Se serveşte de virus variolic filtrat (emulsiune de pastile în apă fiziologică); filtratul trece prin Berkefeld W şi greu prin f. Maillé. Dat pe cale digestivă sau subcutanată la câini şi epuri şi scarificându-i 3 zile în urmă în mod aseptic, capătă în mod constant pustule locale, pe cari le transmite în serie. La microscop pe lângă granulaţiile intracelulare banale date de orice toxină, mobilitatea, dispoziţia perinucleară, gruparea grămezilor primitive în grămezi secundare, forma rotundă, diviziunea prin scisiparitate, uniformitatea diametrului. Găseşte în mod constant pe corneea infectată a epurilor incluziunile speciale, cari prezintă caracterile lui Aytoryctes variolae a lui Guarnieri, la care ar fi deosebit 2 stadii: unul asexuat (granulaţiuni fine) şi altul sexuat (corpi în formă de ac cu gămălie).

Acelaş autor adăogând leucocite sterile la virus vaccinal filtrat, constată prezenţa de granulatii mobile în leucocite cu totul asemănătoare celor din celulele epiteliale. Substanţa reproduce perfect keratita Enarnierienă.

M. C.

LOMONACO E. L. **Sislla virulenza del pneumococu e dello Streptococco** *(Ann. Ig. Sperim. t. XX f. 1 1910 101 — 102 d. bulet. Inst. Pasteur 17/1910).* Pneumococul însămânţat în serul specific antipneumococic creşte foarte abundent, e aglutinat întâi. Virulenţa scade însă în mod simţitor fără a fi în raport direct cu capacitatea fixatoare. Serul antistreptococic, după acelaş autor, n'ar influenţa de asemenea întru nimic creşterea streptococului, mai mult virulenţa rămâne complect aceiaşi.

M. C.

CHARLES RICHET. — **Nouvelles expériences sur la crépitine et l'actino-congestive l'anaphylaxie et imunnité.** *(Annales de l'Institut Pasteur No. 8 1910 p. 609).* O concentrare a tuturor comunicărilor făcute asupra acestor 2 substanţe şi complectarea tuturor acestor cercetări pe cale experimentală. Cercetările comparative cu crepitina şi congestina demonstră până la evidenţă că anafilaxia şi imunitatea să maschează uneori una pe alta, când să întrebuinţează crepitina; cu congestina însă nu există nici odată imunitate.

Prin precipitări fracţionate autorul obţine 2 varietăţi de crepitină: una solubilă în 50% alcool şi care să redizolvă uşor în apă: crepitina roşie; a doua insolubilă în 50% alcool, solubilă în 25%: crepitina neagră. Cercetările făcute pe câni arată că cr. neagră e de 15 ori mai toxică ca cea roşie, a cărei toxicitate ar ţine tot de urmele de crepitină neagră, pe care le conţine crepitina neagră este anafilactizantă chiar dacă sensibilizarea s'a făcut cu crepitină roşie; puterea toxică a crepitinei negre să măreşte foarte mult prin acţiunea Co^3Na, ceiace arată că ar fi vorba de o protoxină.

Incercările de anafilaxie în vitro (ser de animal sensibilizat + crepitină) arată neted că există în sânge o toxogenină care cu antigenul corespunzător dă combinaţia toxică: *apotoxina.* Creerul animalelor sensibilizate ca şi serul conţine toxogenină şi e cauzabil să dea de anafilaxie pasivă.

Ca şi crepitina există 2 varietăţi de congestină: galbenă, solubilă în 50% alcool şi neagră solubilă în 25% alcool; între aceste 2 substanţe nu există diferenţe de toxicitate marcate în cazul crepitinei, persistă aceiaşi diferenţă însă în ce priveşte puterea preparantă, care e mai ales dată de congestina neagră şi puterea provocătoare, care e dată de congestina galbenă. Lucrul pare probabil pentru toate toxinele, cari ar conţine în mod constant o substanţă preparantă şi una provocantă a anafilaxiei.

Vaccinarea antianafilactică după procedeul Besredka a reuşit în mod constant; după autor, cantitatea mică de antigen (vaccinul a. an.) dă un mic efect toxic, care se distruge foarte repede.

Autorul dă o deosebită importanţă anafilaxiei generale care ori cât de slabă ar fi modifică foarte mult reacţiunea organismului. Cât despre esenţa fenomenului de anofilaxie, aceasta n'ar fi decât o reacţiune de apărare a protoplasmei pentru păstrarea neschimbată a constituţiei sale chimice, nepermiţând albuminelor streine să se introducă în protoplasma celulelor, ceia ce ar modifica constituţia lor.

M. CIUCĂ.

Patologie internă

RAMOND, DEFFINS et PINCHOU. **Valeur comparative des traitements locaux les plus usuels de la sciatique. Les injections sous cutannées d'air stérilisé.** *(Bul. Mémoires. Soc. méd. des hôpitaux No. 25 1910).* După ce trece în revistă procedeele anterioare de tratament, sifonajul, injecţiile juxta nervoase, injecţiile epidurale autorul dă rezultatul a 10 cazuri, în cari a făcut tratamentul cu injecţiuni de aer sterilizat, să serveşte de un ac de siringă adaptat la sufleria unui termocauter; aerul trece prin vată şi este introdus sub pielea bolnavului în regiunile cele mai dureroase. Cantitatea de aer este $^2/_3$ dintr'un litru în fie-care punct şi injecţiunile să fac de la punctul trochanterian până la tendonul achilian aşa că reliefurile provocate de introducerea aerului să se atingă prin marginile lor.—Aerul va fi introdus încet, iar după câte-ca zile să face un uşor masaj. Imediat după injecţie bolnavul are o senzaţie de amorţire, care înlocueşte durerea; această ameliorare este definitivă după câte-va zile dacă fenomenele dureroase persistă să reîncep injecţiunile, ia cari să pot adăoga şi vapori de cloroform şi eter, îmbibând vata cu aceste substanţe.

Din 10 cazuri ast-fel tratate au fost 2 vindecaţi, 4 amelioraţi şi 4 la cari tratamentul n'a avut nici un efect.

M. CIUCĂ

F. CALOT. — **Le traitement des tuberculoses locales.** *Bulletin général de Therapeutique.* Descoperirea agentului patogen al tuberculozei, cât şi localizarea acesteia, la exterior, a făcut ca să treacă în domeniul chirurgiei. Extirparea şi ridicarea întregului rău era concluzia generală a chirurgilor de acum douăzeci şi cinci de ani. Antisepsia dădu un avânt şi mai puternic acestor intervenţii; s'au ivit în urmă greutăţi de multe feluri; era cu neputinţă extirparea întregului loc infectat, mai ales în tuberculozele externe mari: coxalgia şi morbul lui Pott; presupuindu-se chiar o scoatere a întregului focar tuberculos, dar rămâneau ganglionii dependinţi şi în comunicaţie cu focarul tuberculos. Consecutiv actului operator veneau alte desavantage şi mai mari.

Aproape în toate focarele tuberculoase eliminate rămâneau fistule, ce nu se mai închideau. Era imposibil de susţinut o puternică antisepsie în aceste fistule vecinic infectate; prin intermediul lor, organismul se infecta, rinichiul, ficatul, deveneau amiloizi, şi bolnavul se perdea prin cahecxie. Unele intervenţii dedeau rezultatul dorit, nu după mult timp însă se făcea recidiva. Mortalitatea mai mare era la intervenţiile în coxalgie şi morbul lui Pott; dar şi osteitele, artritele, epididimitele tuberculoase etc. nu aveau urmări tocmai satisfăcătoare; de multe ori se în-

întâmpla generalizarea tuberculozei; căci deschiderea vaselor sanguine în actul operator deschidea atâtea porţi pentru bacilul tuberculos. Din multe casuri în care se intervenea mai ales în tuberculozele externe mari, abia un bolnav la 10 scăpa. Acest singur bolnav făcea pe chirurgi să esclame că tot au făcut o operă salutară.

Neintervenţia, se întreabă Calot, n'ar aduce şi ea bune rezultate? Mulţi pacienţi se vindecă singuri, ce e drept, cu multe deformaţiuni. Vindecarea ţine mult timp şi în multe cazuri focarul tuberculos se deschide la suprafaţă, se fistulizează înainte de vindecare. Calot s'a gândit la puncţiune. Puncţia se făcea mult timp înainte, dar fară nici o regulă. Chirurgii făceau 2—3 puncţii şi se plictiseau de încetineala vindecărei, încetineală firească de altfel. Calot a început să se ocupe de aproape, să dea la iveală adevărata technică. A ajuns la concluziile următoare:

Pentru focarele mari de supuraţie, după ce goleşte focarul de puroiu cu un aspirator prin intermediul unui ac n-o 3 *Collin*, introduce lichidul modificator: gaiacol 4 gr., eter 25 gr., iodoform 10 gr., oleiu olivarium 75 gr. Acul de puncţie nu trebue să fie mare, căci nu trebue să se producă fistule. Puncţia şi extragerea puroiuiui se face la fiecare 8—12 zile. Imediat după scoaterea puroiului se introduce lichidul modificator între 2—10 grame de substanţă după vârstă. In total se fac 7—8 puncţii cu injecţiile consecutiv; a opta puncţie nu-i urmată de injecţie de lichid modificator. Se face un pansament şi după 20 zile se desface.

Pentru artritele uscate şi leziuni tuberculoase fongoase sunt două feluri de lichide: unul sclerozant, altul supurator (ajutor). In leziunile uscate se introduce lichidul sclerozant făcut din: creozot 6 gr, oleiu olivarum 70 gr., iodoform 10 gr. eter 30 gr. Pentru leziunile fongoase se introduce sau acest lichid sclerozant, sau se face 4—5 zile zilnic injecţii cu lichidul ce produce supuraţie, compus din: naftol camforat 1 parte şi glicerină 6 părţi.

După cinci zile se începe să se extragă lichidul purulent, şi să se injecteze oleum cu eter, iodoform şi creozot.—Aci se întrebuinţează absolut aceleaşi reguli de injecţii ca şi la focarile mare supurate.

După cercetările făcute în laborator lichidele modificatoare ar aduce un aflux leucocitar;—leucocitele ar secreta un *ferment lipazic* ce distruge ceara, substanţa grasă a bacilului, şi cu fermnnt proteolitic, ce digeră însuşi corpul bacilului.

Abscesul local său la distanţă în tuberculozele mari joacă şi un rol terapeutic căci conduc substanţa vindicătoare prin traecte până la focarul tuberculos. Calot vindecă pe an câte 1400—1500 pacienţi şi foarte rare forţat să intervie, cu bisturiul—la 2 3 bolnavi pe an, dacă intervine în cazuri extreme.—Un aspirator, un ac şi lichidul de injectat înlocuesc cu succes toate intervenţiile chirurgicale de altă dată, care erau şi fără folos. **N. LUPU**

JEAN GUISEZ.—**Traité des maladies de l'oesophage.** 1 vol. de 317 p. cu 142 de figuri. Librairie I. B. Baillière et Fils. Paris 1911. Această monografie care se ocupă cu boalele oesophagului diagnosticate cu ajutorul oesophagescopului, se bazează pe 830 de oesophagoscopii făcute de D-rul Guisez. Autorul este cunoscut prin numeroase comunicări şi rapoarte făcute în diferite rânduri în societăţi şi congrese medicale.

Graţie oesophagoscopiei s'au putut verifica diagnose greşite ca localisaţinne, încât unii bolnavi ce sufereau de boale ale oesophagului, erau trataţi mulţi ani pentru turburări gastrice şi turburări nervoase generale. Tot prin oesophagoscopie s'au rectificat multe erori în ceeace priveşte natura afecţiunei. Pacienţi consideraţi drept canceroşi aveau spasme sau stenose cicatriciale şi Guisez a putut constata că în 10% din cazurile diagnosticate cancer înainte de a se face oesophagoscopia, diagnoza era greşită. Ori prin acest fapt, se schimbă cu totul prognosa şi tratamentul bolnavului: afecţiune curabilă în caz de spasm cu contracturi, incurabilă în cas de cancer. Oesophagoscopia mai prezintă avantagiul că se poate face biopsia regiunei suspecte ale oesophagului şi deci examenul microscopic în casurile dubioase. Extracţiunea corpilor streini din oesophag este una din aplicaţiunile cele mai importante ale oesophagoscopiei, încât oesophagotomia, care nu dă o prognosă strălucită, mortalitatea fiind încă foarte mare, nu va rămânea rezervată decât pentru anumite casuri.

In primul capitol autorul tratează despre metoda de urmat. Guisez se serveşte pentru luminat de un reflector de clar modificat de d-sa, cu un focar de 35 cm.—40 cm. distanţă. Tuburile oesophagoscopice sunt cilindrice 8—13 mm. diametru şi la extremitatea lor, după introducere în oesophag, se fixează o pâlnie de metal, care reflectează razele luminoase.

In capitolele următoare găsim anatomia şi fisiologia oesophagului, precum şi technica de urmat. Examenul se face pe cât se poate cu stomacul gol. Seara înainte de examen se administrează 3—4 gr. de bromur. Jumătate oră înainte de oesophagoscopie se face o injecţiune subcutanată de 1 cgr. de morfină. Anestesia cu cloroform se întrebuinţează la copii mici şi la adulţi foarte nervoşi; în celelalte casuri ne servim de anestesia locală cu cocaină în soluţiune de 5%. Este bine a depăşi în total dosa de 10 ctgr. de cocaină.

Se pensulează bine basa limbei, vălul palatin, peretele posterior al faringelui, regiunea aritenoidiană şi chiar oesophagul. Anestezia locală se întrebuinţează şi la bolnavii cloroformisaţi, pentru că spasmurile nu sunt înlăturate decât prin anestezia locală. In timpul oesophagoscopiei bolnavul stă, aproape totdeauna, culcat pe spate, capul atârnă dincolo de marginea mesei, susţinut de un ajutor.

Contraindicată este oesophagoscopia la batrâni cu coloana vertebrală rigidă, iperextensiunea capului fiind dificilă. La copii mici de 1 an $^1/_2$ — 2 ani, pereţii oesophagului fiind mai friabili, trebue să manevrăm cu multă prudenţă. Starea pathologică a pulmonilor şi a cordului pot fi o contraindicaţiune a oesophagoscopiei, la emfisematoşi, tuberculoşi, în cazuri de anevrism al aortei, sau la cardiaci necompensaţi. Ne vom abţine la cahhectici, la persoane nervoase, în cazuri de stenosă laringiană sau a tracheei, dacă dispnea este mai pronunţată prin introduceeea oesophagoscopului.

Capitolele următoare sunt împărţite după afecţiuni; Boale stomacale: stenose cicatriciale, tumori maligne, tumori benigne, ulcerul simplu, oesophagite şi abcesul oesophagului. Boale generale cu determinaţiuni în oesophag: sifilisul, tuberculosa, actinomycosa, mărgăritărelul (muguet). Boale de origină nervoasă: spasmul oesophagului, oesophagism, paralisia oesophagului. Dilataţiuni ale oesophagului: difuse, şi diverticule. Varice oesophagiene: Plăgi, traumatisme, fisuri. Corpi streini oesophagieni. Anomalii congenitale. Afecţiuni perioesophagiene. Fiecare din aceste afecţiuni este detaliat descrisă şi autorul insistă asupra imaginei oesophagoscopice. O anchetă detaliată a fiecăruia din aceste capitole ar însemna a copia întreaga carte.

La fine găsim statistica casurilor examinate cu oesophagoscopul de către Guisez, Menţionez numai că cel mai des s'au observat neoplasmele maligne ale oesophagului, ele ocupă aproape trei pătrimi din totalitatea cazurilor: 580 din 830 de bolnavi. Cel mai rar, un singur cas, sifilisul oesophagului.

Acest tratat va fi de cel mai mare folos atât medicilor, ce se ocupă în special cu boalele oesophagului cât şi medicului ce practică medicina generală şi chirurgului. Cartea este scrisă într'un stil curent, ilustrată de numeroase figuri demonstrative şi este foarte bine editată.

E. F.

J. KAUFMANN. — **The treatement of hemorrhage from gastric ulcer, with special reference to gastric lavage.** *Amer. jour. of the med. sciences.* Iun. 910 p. 790. Hemoragiile fatale în ulcerile gastrice sunt foarte rari (sub 3%). Hemoragiile uşoare pot fi pericoloase, dacă se repetă prea des, mai pericoloase chiar ca cele alarmante. Acestea din urmă, prin brusca şi marea hemoragie, de care sunt însoţite, provoacă o anemie intensă urmată de sincopă, sub a cărui influenţă vasele (deci şi cel ulcerat) se contractă, pe când inima slăbindu-şi acţiunea produce o hipotensiune sanguină generală, care permite formarea trombului; când artera e îngroşată, ca un ciubuc de pipă, numai trombul îi poate astupa orificiul, căci contracţia pereţilor e nulă. In asemenea condiţii o operaţie radicală (exciziunea ulcerului) e aproape imposibilă din cauza stării generale a bolnavului (gastroenterostomia nu are nici un efect asupra hemoragiilor) şi chiar dacă s'ar putea face, nu totdeauna opreşte şi hemoragia, care provine nu numai dintr'o arteră mare a cărei părnţi sunt găuriţi, ci şi din vinele rupte din jurul ulcerului sau chiar din mici erosiuni mucoase multiple, la distanţă. In asemenea cazuri singur tratamentul medical bine condus poate scăpa viaţa bolnavului. Şi în conducerea tratamentului trebue să căutăm să mărim contracţia vasului ulcerat, să favorisăm formaţia trombului la acel nivel, servindu-ne de mecanismul hemostasei sportanee (anemia şi slăbirea acţiunii inimii). Nici odată deci nu trebue să se recurgă la cardiotonice, căci mărind presiunea sanguină, pot fi urmate de deplasarea unui tromb abia format. Cu cât hipotensiunea e mai mare cu atât trombul se face mai repede. Deşi pare paradoxal, totuşi cel mai inteligent lucru e să se facă o venesecţie mare în scurt timp, bolnavul fiind aşezat pe scaun sau în picioare. Astfel sincopa mântuitoare, hemostatică cum am spus mai sus, vine mai repede, şi odată cu ea hipotensiunea şi vasoconstricţia, cari dau răgaz cuagulului să se facă la nivelul vasului perforat. Acelaş efect, mai puţin energic însă, îl are şi ligatura celor patru membre la bază, care scoate din circulaţia generală tot sângele care se găseşte înafara legăturilor. Odată oprită emoragia, trebue să o şi prevenim prin repaos complect corporal şi mintal: bolnavul e culcat pe spate, cu o pungă cu ghiaţă la epigastru; i se face injecţii cu morfină pentru ca stomacul să fie absolut în repaos, nu i se dă câteva zile nici un fel de hrană nici pe gură nici chiar pe rect, căci şi clismele provoacă mişcări peristaltice.

In caz când nu se opreşte emoragia, injecţiile hipodermice de ergotină şi derivatele ei, nu au nici o valoare; sulfatul de plumb, perclorurul de fer, oleul de terebentină etc., administrate pe gură, nu au nici o acţiune vasoconstrictivă locală, provoacă din contră greţuri şi vărsături însoţite de mişcări gastrice antiperistaltice, cari opresc formarea chiagului, sau îl deplasează dacă e format. Cl_2Ca în dose mari poate opri numai hemoragiile continue şi uşoare. Adrenalina are marele desavantaj că constricţia, pe care o provoacă, e urmată de o mare perioadă de vasodilataţie, care eventual poate provoca o repetare a hemoragii. Efectele gelatinii dată pe gură sau în clismă e îndoios; subcutanat, poate fi urmată de tetanos, dacă nu e bine sterilizată şi sterilizarea ei cere mai multe zile. Poate că serul normal de cal să dea rezultate bune. Cel mai bun dintre medicamentele interne e subnitratul de bismut cristalizat, care are proprietatea că formează dasupra ulcerului un strat protector destul de gros, dacă stomahul înainte de administrarea lui era absolut gol.

K. după o practică de 30 de ani s'a convins că cel mai expedient mijloc pentru oprirea hemoragiilor severe este o spălătură de stomach, făcută cu îngrijire. Nici odată sonda nu poate perfora stomahul, mai ales dacă să bagă numai până ce orificiul terminal trece de cardia; perforaţia ulcerului prin supradistinderea păreţilor stomahului prin lichid, nu se poate face dacă nu se introduce de odată mai mult de 300 gr. apă. Introducerea tubului, dacă se face cu băgare de seamă nu provoacă nici greţuri, nici vărsături, şi apoi mişcările stomahului nu au nici un inconvenient dacă hemoragia nu s'a oprit, căci atunci înseamnă că trombul nu e format, sau e incomplect şi atunci trebue înlăturat ca să se poată face unul complect (un cuagul incomplect, mai nici odată nu se poate complecta, aşa că intreţine singur hemoragia).

Spălătura de stomah, îi goleşte tot conţinutul, de cele mai multe ori acid şi fermentat, conţinut care provoacă nu numai greaţă şi durere, dar şi o hipersecreţie acidă, continuă, urmată de o distindere tot mai mare a păreţilor, la care se mai adaogă încă şi enorma cantitate de gaze rezultate din fermentaţiile gastrice. Această hiperdilatare a stomahului prin compresia ce o exercită prin intermediul diafragmului asupra organelor toracice, joacă în afară de anemie un mare rol în producerea insuficienţii cardiace.

Spălătura de stomah face să dispară toate fenomenele de iritaţie gastrică; uneori regulează în parte acţiunea inimei; păreţii stomahului nemai fiind supradistinşi se contractă puternic, astupă lumina vasului perforat şi opresc astfel de cele mai multe ori hemoragia, chiar dacă apare imediat în urma unei gastroenteroanastomoze, care cum am spus nu are nici o acţiune emostatică.

K. crede că rezultatele aşa de bune obţinute cu spălăturile stomahale, vor înlătura prejudiţiul aşa de răspândit şi de rău: „Nu trebue să se facă spălături în ulcere în timpul hemoragiilor".

DĂNULESCU.

J. F. HULTGEN. — **Decompression in the tratement of meningitis.** *Amer. jour. med. sciences* Mart 910 p. 328. După H. diferitele simptome caracteristice meningitelor de tot felul nu sunt datorite intoxicaţiunii organismului prin toxinele microbiene corespunzătoare, ci conpresiunii pe care lichidul cefalo-rachidian o exercită asupra substanţei cerebrale şi în special asupra coajei cenuşii. Variabilitatea mică de simptome de la o meningită la alta, atârnă numai de localizarea presiunii în anume regiuni şi mai ales de cantitatea mai mare sau mai mică a acestui lichid. Teoreticeşte orice meningită e curabilă, dacă decompresiunea e făcută la timp, mai înainte ca leziunile pe cari le produce, să ajungă într'un stadiu prea înaintat, când reparaţia nu mai e posibilă. Chiar cele tuberculoase pot fi curabile, dacă sunt locale, primitive, nu consecutive unei infecţii generale. Mortalitatea cea mare a meningitelor, crede că e datorită în mare parte extremei pasivităţi a medicilor, cari nu intervin decât atunci când compresiunea a produs lesiuni nervoase ireproşabile In sprijinul afirmărilor sale H. citează 4 cazuri de meningită dintre cari 2 probabil de origină gripală, unul de m. seroasă a cărei cauză n'a putut fi bănuită şi unul de m. tbc. (lichidul cefalo rachidian uşor turbure, hipertensiv, cu numeroase limfocite, amicrobien; culturile făcute din el au rămas sterile). Toţi bolnavii s'au vindecat după. ce s'a scos cantităţi variabile de lichid de la 45 cmc. — 100 cm , dintr'o singură dată· Simptomele caracteristice dispar aproape imediat. Numai la cea de origină tbc. a fost silit să facă după vr'o două săptămâni o a doua puncţie de 60 cmc. Vindecarea în urmă a fost definitivă. (Diagnosticul de m. tbc. făcut numai pe simptome şi examenul citologic al lichidului cerebrospinal nu poate fi însă absolut sigur. Dacă nu s'a găsit microbii, nu resultă că erau bacili Koch. Ar fi trebuit neapărat să se inoculeze cobai cu lichidul extras pentru ca să poată afirma origina lui tbc.

DĂNULESCU.

MOORE şi FERGUSON. — II. **The use of the fats in the treatement of disordes of the stomach.** *Proced. of the Royal society of med.* 909. Porniţi de la faptul că grăsimile au o putere inhibitoare asupra secreţiunii gastrice, autorii au administrat grăsimi lichide la bolnavii cu turburări stomahale însoţite de hiperaciditate. Incercările au fost făcute pe 62 bolnavi, la cari se găsise în sucul gastric extras după mâncarea de probă, o hiperaciditate datorită atât Cl H. liber cât şi celui combinat. De câte ori administra bolnavilor cu 30 înainte de mâncarea de probă o cantitate oare care (cam 30 gr.) de ulei de migdale, găsea la examenul secreţiuni gastrice, extrase la diferite intervale, o diminuare destul de marcată şi acidităţi. Cele mai mari reduceri se obţin în cazurile cu aciditate mai mare (ulcer gastric, duodenal, dispepsie nervoasă etc.) De cele mai multe ori diminuarea aciditaţii generale e mai mare ca aceea a H Cl. liber; de obicei se reduce cam la o treime din cantitatea primitivă. Niciodată după adimistrarea oleului nu a găsit pigmenţi biliari sau tripsină în stomah. In cazurile uşoare adăogarea de smântână şi unt la alimente, cu diminuarea făinoaselor sunt suficiente ca să facă să dispară fenomenele subiective. In cele severe, administrează cam câte 30 gr. ol. migdale dimineaţa la prânz şi seara înaintea meselor; rezultatele au fost totdauna satisfăcătoare.

DĂNULESSU.

MYERSTEIN şi ROSENTHAL. — **Culturi din sânge după o metodă simplificată.** *Münch. med. Wochensch*, 1910 pag. 1432. Autorii însămânţând diferite medii cu sânge dintr'o septicemie umană, la intervale diferite de la scoaterea lui din vase, găsesc că atunci când însămânţarea se face imediat după extragerea lui din vână pe diferite medii în plăci cresc 47 colonii ; în cele făcute cu sânge defilbinat imediat după defibrinaţie numai 21 ; cu sânge păstrat 4 ore la temperatura camerei numai 5; cu cel conservat în aceleaş condiţii 6 ore, una singură ; iar după 24 ore nu mai creştea nici o colerie. In aceleaşi condiţiuni lucrând cu sânge din diferite septicenii, ajunge totdeauna la aceleaşi rezultate: cu cât însămânţarea e făcută mai târziu după scoaterea sângelui, cu atât numărul coloniilor cari se desvoltă e mai mic. După ce stabilesc ast-fel acţiunea antibacteriană a sângelui curat, repetă experienţele cu acelaş sânge de la care au adăugat 5$^0/_0$ Cl Na; în această cantitate Cl. Na. opreşte coagularea, anihilează puterea bactericidă a sângelui, aşa că însămânţările făcute la intervalele de mai sus au fost toate pozitive, ba în unele cazuri a putut constata o înmulţire a coloniilor în mediile însămânţate mai târziu; experienţele au fost făcute cu micrococi, pneumococi, streptococi, coli, tifici. Totdeauna când se fac culturi din sânge, trebue să se facă sau la patul bolnavului sau sângele extras să fie conservat în vase unde i se adaugă până la 5% Cl. Na.

DĂNULESCU

CHIARI şi JANNSCHKE. — **Inbibiţia prin săruri de calciu a formării exudatelor şi transudatelor.** *Wien Klin. Wochensch.* 1910, pag. 427. Autorii au stabilit că în doză de 0,80 ctg. pentru kgr., I. Na (iodulul de sodiu) injectat subcutan la câini, produce totdauna moartea animalului. La autopsie ca lesiune constantă, găseşte lichid în cantităţi mari în pleure şi pericard. Acelaş efect îl are şi tiosinamina; la cobai injecţia de toxină difterică are aceleaşi consecinţe. Aceste fapte odată stabilite Ch. şi J. au luat câini şi cobai, iau împărţit în 2 grupe egale. Toate animalele din ambele grupe le-au injectat fie cu I Na, fie cu tiosinamină, fie cu toxină difterică. Animalelor din prima jumătate cari serveau ca martori, nu le-au mai injectat nimic; celorlalte le-au mai injectat şi o soluţie de Cl_2 Ca. Totdauna a găsit la autopsie transudate în pleură şi pericard la animalele primei grupe (martori) şi niciodată la acelea din a doua grupă. Cl Ca_2 are un efect inhibitor tot aşa de constant şi asupra formărei edemului conjuctival la epurii cărora li se instilează în ochi câte-va picături de oleum de muştar. Această acţiune inhibitoare constantă a Cl_2 Ca, asupra exudatelor şi transudatelor toxice, ar putea fi de folos şi în tratamentul pleureziilor şi pericarditelor seroase microbiene sau toxice.

DĂNULESCU

WILDER TILESTON şi WALTER GRIFFIN. — **Cronic family jaundice.** *The amer. journal of the med. sciences,* 910 Iunie p. 847. Autorii rezumând destul de complect istoricul a patru familii cu icter cronic acoluric, fac o revistă generală asupra acestei boli, pe care o cred mult mai frecuentă de cum afirmă cei mai mulţi dintre clinicianii germani şi francezi.

Caracterele importante sunt următoarele: Icterul apare la mai mulţi membrii ai unei familii; adesea în două, trei şi chiar patru generaţiuni; apare dela naştere, foarte rare ori în adolescenţă, persistă toată viaţa, fără să producă vre-o turburare în desvoltare sau vre-un semn subiectiv; de obiceiu nu e intens, nu e însoţit de semne de obstrucţie a canalelor biliare; scaunele sunt puternic colorate, urina conţine urobilină, dar nu şi pigmenţi biliari; splina e de cele mai multe ori mărită de volum; ficatul de obicei normal poate fi ceva mai mare. In general e un oarecare grad de anemie; atacurile bilioase, mai ales în adolescenţă sunt destul de frecuente; mai ales după o indigestie, o constipaţie mai indelungată, chiar fără cauză; sunt însoţite de depresiune, de vărsături biliare, o accentuare a icterului, uneori febră, cefalalgii, diaree; atacurile ţin 2—3 zile şi se repetă de mai multe ori pe an. Adesea bolnavii au şi dureri epigastrice, datorite calculilor hepatici, destul de frecuenţi în aceste cazuri; greutate şi durere în hipocondrul stâng, din cauza splinii mărite; frecături chiar cari însoţesc perisplenitele; hemoragii numai pe nas s'au constatat şi acelea numai în adolescenţă. Ca stare generală, afară de uşoară trândăvie (lassitude) şi somnolenţă, nu se mai observă nimic anormal.

De altfel icterul hemolitic ca simptomatologie şi etiologie e foarte variabil dela individ la individ. Poate fi ereditar, familiar, de obicei congenital, mai rare ori câştigat; atunci apare de obicei în copilărie sau adolescenţă; de cele mai multe ori nu e câştigat ci e un icter congenital care a trecut neobservat până in adolescenţă, câng accentuându-se, se pune mai bine în evidenţă; acesta din urmă prin anemia extremă (1 mil. hematic pe cmc. chiar) poate simula anemia pernicioasă progresivă de care se deosebeşte prin morfologia hematiilor şi mai ales prin rezistenţa lor care e mult scăzută.

Icterul. Conjunctivele sunt de obiceiu galbene ca lămâia, pielea galbenă deschis, faţa are culoarea caracteristică a părului de cămilă. Niciodată nu e verzue sau gri ca în icterul prin obstrucţie. Uneori e abia aparent, variază foarte mult cu temperatura; oboseala şi emoţiile îl pot accentua; persistă totdeauna toată viaţa.

Urina puternic colorată; conţine urobilina şi mult urobilinogen în marea majoritate a cazurilor; bilă se găseşte în mod excepţional la unii indivizi, la foarte rari intervale şi numai în cantităţi foarte mici. Destul de frecuent urina lasă să se depue după 24 ore un strat gros de uraţi sau acid uric. Autorii totdeauna au găsit urocromul mărit; lui i se datoreşte culoarea închisă. Hematoporfirina lipseşte.

Scauncle. Sunt bine colorate în portocaliu închis sau brun; urobilina foarte mult crescută, probabil din cauza bilii vărsate în exces în intestine; blirubina lipseşte, sau în rari cazuri se găseşte numai urme. Sânge n'au constatat niciodată (r. guaiac). Proporţia de grăsimi şi albumine nedigerate nu e mai mare ca în stare normală. Constipaţia e frecuentă, dar nu constantă.

Sângele. Serul totdeauna conţine prigmenţi biliari şi mai nici odată urobilină. Caracterul distinctiv cel mai important e însă mărirea fragilităţii globulare s'au micşorarea rezistenţii lor. Hematiile normale separate de plasmă puse în soluţiuni apoase hipotonice de Cl Na, nu încep să hemolizeze de cât în soluţiile cari conţin 0,44°/₀ Cl Na; hemoliza e complectă în cele ce conţin 0,36°/₀. Hematiile celor cu icter eronic hereditar încep să emolozeze chiar în solut. de 0,6°/₀ sau 0,7°/₀ şi pot fi complect hemolizate în cele de 5°/₀. Rezistenţa globulară e micşorată şi faţă de corpii hemolitici (ser de amguilulă, ser hemolitic antiom de epure etc.) Hemolizine totuşi nu se găsesc în sânge; hemoaglutinine s'a găsit numai în serul a doi bolnavi. Numărul globulelor roşii e puţin scăzut (3—4 mil.); foarte rari ori anemia e mai intensă; culoarea lor e normală, şi deci şi indexul colorant, hemoglobina e prin urmare scăzută în proporţie directă cu numărul hematiilor, diametrul lor e uşor micşorat (6.5 microni); există de obicei o uşoară poikilocitoză, oare care grad de policromatofilie; granulaţi basofile se găsesc rar. Prin coloraţia intranvitală totdeauna se pune în evidenţă un reticul intraglobular, care dacă se găseşte într'un mare număr de hematii, este unul din cele mai importanţe semne de diagnostic (Chauffard). Normoblaste există în marea majoritate a cazurilor, numai rare ori însă megalobaste. Plăcuţele sanguine nu sunt mai numeroase, ca şi leucocitele; polinuclearele par a fi mai frecuente ca în stare normală; excepţional apar şi rari mielocite. In rezumat sângele se deosibeşte de acela din anemiile secundare numai prin indexul colocut (normal) şi prin numărul nomoblastilor mai mare.

Ficatul e normal ca mărime, foarte rare ori se scoboară cu un deget sub falşele coaste. Uneori se măreşte în timpul accentuărei eterului, pentru ca să'şi revie apoi. Nici un semn de coroză; dureri abdominale asemănătoare cu acelea din colicile hepatice, pe a căror socoteală le şi pune autorii se văd destul de des.

Megalospenia este unul din semnele cele mai constante; splina se poate palpa aproape totdeauna; se poate mai rar întinde până din jos de omberlic şi chiar până la pubis. La inimă nu se aude de cât un puternic sunet ristolic amenic la pulmonară. Glicosurile şi levolozurile alimentară foarte uşoară n'au putut provoca de cât într'un singur caz.

Contrar autorilor Francezi nu cred să fie vr'o legătură între gută, reumatism cronic şi ieterul neumlitic.

Numai 8 autopsi au fost făcute până acum. Ficatul e normal ca mărime, fără urmă de ciroză, fără abstracţie a canalelor bilioase s'au vr'un început măcar de colangită. Celulele hepatice totdeauna conţin o mare cantitate de pygment bun. Calculii biliari sunt destul de frecvenţi (5 din 8). Splina mult mărită (până la 1000 gr.) de obicei însoţită de perisplenită. Foliculii sunt normali s'au chiar solerozaţi, trabeculii nu mult îngroşaţi, aşa că hipertrofia se datoreşte numai pulpii care e mult mai abondentă. Celulele endotelexciie uneori sunt încărcate cu pyment. Măduva osoasă e în stare de reacţiune întinsă.

Boala se transmite şi de tată şi de mamă fie la băeţi fie la fete, aşa că nu e adevărată teoria lui Wilson care admite că se transmite numai de la tată la fică san de la mamă la fiu. Uneori numai băeţii o au în familie, alte ori numai fetele.

Etiologie şi patogenie. Pik admitea o comunicare congenitală între limfatici şi canalicule, fapt neconfirmat de autopsie. Hayem o punea pe seama sifilisului ereditar, care însă mai nici odată nu a putut fi stabilit nici prin istorie, nici prin reacţiunea Wassermann. Nici prinma părere a lui Hayem, că ar fi efectul unei colangite cronice nu poate fi adevărată, căci ar fi greu de admis o infecţie intranterină.

Minkowski crede că e datorită unei pervesiuni a excreţiunii celulelor hepatice, care în loc să'şi îndrepte secreţiunea de zahăr în limpatice şi vin, iar pe cea biscliorară numai către canalicule ca în stare normală, o îndreaptă şi către lamfatice şi vase. Nu se poate explica astfel de cât ieterul, nu şi spemonugalia şi toate celelalte simptome.

Ieterul poate foarte bine fi explicat prin o simplă policolie sau pleiocromie căci e stabilit că un exces de pigmentă măresc vascozitatea bolii, ridică astfel presiunea în canalicule, aşa că o parte din conţinutul lor pot trece în limfatice.

Teoria hemolitică a lui Chauffard e probabil mai aproape de adevăr căci explică aproape toate simptomele. Globulele roşii, având rezistenţa micşorată, prin agenţi hemolitici, sunt distruse în mare cantitate, producând ast-fel anemia, aceasta natural e urmată de excitaţia şi supra activitatea măduvei osoase, producătoare de hematii, din distrugerea acestora din urmă rezultă o mare cantitate de hemoglobină liberă, deci de material din care se fabrică pigmenţii biliani, de unde pleiocromia şi ieterul ensectiv. Neexistând hemolizine în sânge probabil că globulele sunt distruse numai în splină, care se ipertrofiază cu timpul din căuza hiperfrncţionării. Cauza fragilităţii globulare poate fi datorită sau unui metabolism defectos care pune în libertate substanţele globulicide sau unui defect congenital în organele hematopoetice.

Diagnostic diferenţial: Obstrucţia congenitală a canalelor biliare complectă incomplectă e caracterizată prin faptul că ieterul e mai indus. Copilul se naşte cu el, semnele sunt aproape sau complect decolivate.

In icterul fetel al noilor născuţi încă obstrucţie a canalelor biliare, icterul apare câteva zile după naştere, e intens, scaunele sunt colorate; urina conţine pigmenţi biliari. De obicei moartea vine după câteva zile sau săptămâni dela începutul boalei; cei vindecaţi rămâne cu o anemie profundă. E de obicei familiar. Autopsiile sunt foarte negative, ganglonii dela baza craniului sunt foarte galbeni, cu unele celule neuzate.

Ciroza familiară juvenilă apare la 2 sau mai mulţi copii ai unei familii. E datorită în parte sifilisului, în parte alcoolismului.

Splenomegalia familiară tip Goucher, caracterizată prin o splenomegalie enormă, care durează mai mulţi ani, de obicei familiară; se găseşte aproape numai la femei. Ficatul e totdeauna foarte mare, anemie intensă, pigmentaţie brună a pielii; icterul e foarte rar, ascita nu o însoţeşte niciodată. Splina, măduva, ganglionii şi cagoula lui Glissu, sunt încărcate de un mare număr de celule caracteristice, cu nualii mici, protoplasma abundensă.

Icterul familiar cronic (i hemolitic) e diagnosticat ţinând seamă de etiologie (creditar şi familiar), de cronicitatea lui, de apariţia în capilarig, de prezenţa pigmenilor biliari în scaune, de lipsa lor din , de splinomegalia fără modificări în mărimea ficatului şi mai ales de modificările sângelui şi a celulelor lui.

DĂNULESCU

CH. MANTOUX. — **Le traitement par la tuberculine des tuberculoses urinaires.** *Presse médic.* 21 Septembre 1910. Redă observaţia unui bolnav în vârstă de 29 ani operat în 1901, pentru un rinichiu tuberculos (nefrectomie), în 1903 epididectomie, tot din cauza tuberculozei, până în 1908 nici un alt simptom; acum începu a avea micţiuni fecvente, purulente, şi urina conţinea pe lângă albumină şi *bacilii Koch.* Supus unui tratament cu tuberculină Beraneck, pacientul după câte-va luni nu mai prezinta nici un simptom din cele dedinainte. Cu acest prilej Manteux trece într'o revistă generală tot tratamentul cu tuberculină a tuberculozelor urinare. — Culege un număr de vre-o 70 de observaţiuni cu rezultatul terapeutic următor: 33% vindecări complecte, 48% foarte amelioraţi, 11 staţionari şi 8 morţi, — aceşti opt ca stare generală erau foarte grav. — Ce se întâmplă în urma unei injecţii cu tuberculină la aceşti bolnavi. — Ca reacţie locală puţină inflamaţie şi dureri locale; ca reacţiune generală febra de 38—39° e cel mai important simptom; uneori e „reacţiunea larvată" a lui Sahli: plus frequent, dispnee, oboseală generală. — Ca reacţiuni focale, micţiunile mai frecvente, mai dureroase, urinile mai abundente, mai albuminoase, iar une ori survin hematurii.—Foarte rar se pot întâmpla accidente ca febra f. mare, 40°; se semnalează şi cazuri de anurie, îndepărtându-se prin suprimarea injecţiunelor.—Dar dacă uneori se întâmplă reacţiuni mai uşoare şi f. rare ori accidente, nu-i mai puţin adevărat că rezultatul după statistica de mai sus e f. îmbucurător. — Starea locală se ameliorează mult; micţiunele devin rari, albumina dispare cât şi bacilii lui Koch.

Tratamentul cu tuberculină e contra-indicat în tuberculozele grave, cu o stare generală foarte proastă.

In tuberculozele vezicale e bine de făcut tot d'auna tratamentul cu tuberculină.

In cele renale sunt de deosebit trei cazuri: 1. Când numai tratamentul cu tuberculină poate fi întrebuinţat; 2. Când e de discutat între nefrectomie şi tratament cu tuberculină şi al 3-lea caz e tratamentul post operator cu tuberculină. In tuberculoza dublă renală sau când deja celalt rinichiu e nefrectomizat se impune tratamentul cu tuberculină.

— In tuberculoza unilaterală renală, dacă e tuberculoză foarte înaintată se face nefrectomie; de e incipientă tratament cu tuberculină, — căci nefrectomia e o operaţie destul de gravă.

— In cazuri de cistita nefrectomia fiind deja făcută—iarăşi se impune tratamentul cu tuberculină.

Cantităţile de tuberculină întrebuinţate să nu provoace reacţii febrile mari deci cantităţi mici ca în metoda lui Sahli, nu ca în a lui Pielicke.

Tuberculina întrebuinţată e a lui Beraneck, — la început cu soluţia cea mai slabă $A/_{512}$ — Cea mai puternică e cunoscută în comerţ sub numele de H, în ordină descrescândă sunt; P, F, E, D, C, B, A, $A/_{4}$, $A/_{8}$, $A/_{32}$. $A/_{64}$, $A/_{128}$, $A/_{256}$, $A/_{512}$. — Se injectează cu $^1/_{20}$ din cmt. c. injecţiile se fac dimineaţa; distanţa între injecţii e de 3—4 zile. Se fac câte-va injecţii numai cu $^1/_{20}$ din cmt. cub. — Şi pe urmă se măreşte doza. — Se poate asocia acestui tratament şi antiseptici urinari, urotropina albastru de metil etc. — Cura de aer, repaos, alimentaţie va trebui să fie asociată acestui tratament.

N. LUPU

P. EESFOSSES. — **Le valeur de la gastro-entérostomie.** *(Presse médicale, 17 Septembrie).* Preconizată contra stricturilor pilorului, contra impermebealităţi acestuia din cauza unui cancer local, mai târziu fu aplicată contra ulcerilor stomacului şi a diferitelor dispepsii dureroase.— O gastroenterostomie perzistă, atâta timp, cât pilorul e impermeabil. Permeabilitatea pilorului presupune închiderea neostomiei. La autopsiile operaţilor cu gastro enterostomie şi cu pilorul permeabil s'a observat închiderea neostomiei. In caz de închiderea pilorului. gastro enterostomia se explică; în acest caz însă se întâmplă următorul fapt. Duodenul conductul intestinal cel mai important în privinţa digestiei este pus pe planul al II-lea. Sucurile biliar, pancreatic şi intestinal nu mai iau partea aşa de activă la degestiv. Pe de altă parte chimul stomacal este un excitant puternic pentru mucoasa intestino-duodenală care produce secretina, de a cărei existenţă depind sucurile intestinale, bilic şi pancreatic, mai mult evacuarea stomacului se face prin ajutorul sucurilor intestinale. Sucul intestinal devenind acid, prin revărsarea chimului stomacal, pilorul se închide, sucul stomacal devine neutru, mai târziu prin alcalinitatea sucului intestinal, pilorul se deschide. Date fiind acestea unii chirurgi au înlocuit gastro enterostomia prin scoaterea pilorului şi transpoziţia duodenului.

Când nu se poate interveni în aceste moduri se aleargă la gastro-enterotomie.

N. LUPU

R. de BOVIS. — **Péritonites cryptogéniques.** *Semaine medicale* 14 Septembre 1910. Aşa ziselor, peritonite idiopatice, ale căror existenţă a fost pusă la îndoială de unii clinicieni, combătută de alţii ca Leyden, Nothnagel etc. li s'a dat numele în timpul din urmă de peritonite criptogenetice, nume care nu aduce nici un prejudiţiu. Marea parte dintre aceste peritonite au ca agent patogen, pneumococul şi streptococul.

Autorul articolului trece într'o scurtă revistă cazurile de peritonită pneumocică şi streptococică ale diferiţilor clinicieni. Arată că la cea pneumococică ca simptomotologia sunt durerea, constipaţie şi meteorism.

Din 106 peritonite pneumococice, 38 nu au fost nici precedate, nici urmate de infecţie pneumonică după constatările lui Jensen. Bozzolo a avut câteva cazuri de pleuroperitonită pneumococică. Mathews observă la un caz operat de el, pentru o peritonită pneumococică, un empiem la partea inferioară a pulmonului stâng. In cazurile de infecţie pleuroperitoneală autori ca Arbeiter Küttner susţine că infecţia pleurală e pornită dela peritoneu, şi aceasta o susţin, bazaţi fiind pe traectul limfaticelor.

De unde provine infecţia? Unii susţin că în urma infecţiunei hematogene ar urma localizarea în peritoneu, ideea aceasta e combătută de numeroasele cazuri de infecţie pneumonică, fără a avea ca urmare o localizare peritoneală. Jensen susţine că pneumococul ar pătrunde pe cale intestinală, alţii admit calea genitilă; Jensen a avut un caz de peritonită pnenmococică în urma unui avort. Mai există cazuri de astfel de peritonită admiţându-se ca punct de plecare apenidicele şi vazicula biliară.

Doctorul dela Chapelle a reunit un număr de 23 cazuri de peritonită streptococică. Acestea sunt însoţite de diaree, şi de o intensă hiperhecocitoză. Streptococemia uneori e f. pronunţată. Lichidul din cavitatea peritoneală e seropurulent uneori mai legat. Pe unde pătrunde agentul patogen? Lennander, Langemak, susţin că intestinul ar fi calea de pătrundere, de oarece foarte mulţi pacienţi, au ca fenomente precedente peritonitei, tulburări digestive. Riedel pe de altă parte susţine calea genitală; cazuri de aceste s'au observat şi la fete tinere.

Dintre aceste peritonite unele sunt însoţite de fenomene generale grave; rezultatul operator în acestea e nul; toţi bolnavii mor. Sunt cazuri când infecţia peritoneală nu-i decât o localizare puternică a slabei bacteriemii din organism, şi în aceste împrejurări se observă rezultate îmbucurătoare. Afară de calea genitală şi cea intestinală s'au observat f. multe cazuri de peritonite streptococice în urma anginelor. După cum se vede numele de peritonită criptogenetică e bine spus căci nu anticipează asupra faptului de infecţie peritonială primitivă, chestiune combătută de clinicienii mari, cu multă tărie.

N. LUPU.

ALBERT et GHOREYEB. — **Une méthode nouvelle et rapide de coloratiou des tréponèmes dans les frottis.** *Semaine médicale.* O soluţiune apoasă de acid osmic 1%, o diluţie proaspătă de subacetat de plumb lichid în o sută părţi apă distilată şi o soluţiune apoasă de 10% sulat de sodiu sunt substanţele de coloraţiune în acest procedeu. Preparatul, este pus 30 secunde în primul lichid şi câte 10 secunde în fiecare cele două din urmă; spălându-se cu apă distilată după fiecare scoatere din liquide. Se repetă de câte-şi 3 ori această operaţiune, iar ultima oară se trece 30 secunde în acid osmic. Se spală şi se montează în balsam de canada.

Preparatul tot este colorat în negru.

N. L.

BONAVENTURA. — **A propos de 2 cas de malaria du sympathique et spécialement du plexus solaire.** (Referat din *Semaine medicale*, 14 Sept. 1910). Un ţăran, în urma unor accese de febră intermitentă cotidiană, care înceta după tratamentul cu quinină, fu apucat de dureri abdominale, vărsături dispnee, palpitaţii.

Durerile se micşorau noaptea, creşteau ziua. Tratamentul cu quinină îndepărta aceste simptome de mai sus; celalt caz priveşte pe un om care avea vărsături şi dureri. Atingerea plexului solar şi propagarea spre simpaticul toracic ca în cazul întâi, explica toată această simptomatologie. N. L.

BONNET et LAURENT. — **Polynévrite syphilitique.** *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* Autorii vin cu o observatiune foarte probantă pentru o nevrită sifilitică, făcând în acelaşi timp o dare de seamă asupra capitolului. Sifilisul are predilecţie şi pentru sistemul nervos periferic, dând naştere la nevrite, care trebue socotite drept urmare a infecţiunei generale sifilitice. Procesele de nevrită, fie cubitală sau facială, fie sciatică, pot fi cauzate de o leziune sifilitică a periostului din vecinatate sau chiar o gomă a nervilor etc. Nu în această categorie intră adevăratele nevrite sifilitice care trebue comparate cu nevritele din celelalte maladii toxico-infecţioase. Polinevrita sifilitică e negată de unii autori, pusă la îndoială de alţii şi de foarte puţini susţinută. Existenţa ei împreună cu cu alte leziuni sifilitice cutanate sau osoase, vindecarea prin ajutorul unui tratament mercurial intensiv, îi afirmă existenţa.

Dacă această polinevrită ar fi de natură mercurială, după cum arată unii autori, atunci ar trebui ca numărul nevritelor să fie mult mai mare, mai ales în urma intensivelor tratamente din timpul de urmă. Dacă se întâmplă uneori că o polinevrită socotită de natura sifilitică, se agravează sau nu se vindecă, aceasta e datorită insuficienţei tratamentului mercurial, după cum se vede din observaţiile multor autori. Polinevrita sifilitică se declară mai ales în perioada secundară.

In observaţia pe care o redau autorii, e vorba de o persoană de 31 ani, în ale cărui antecedente găsim alcoolism şi un şancru sifilitic.

Odată cu apariţia unor sifilide ulceroase pe corp, bolnavul începe a slăbi în membrele inferioare, mai în urmă în cele superioare; reflexul rotulian foarte diminuat, cel achilian dispărut; senzaţie de căldură şi durere dispărută la picior şi gambă, hipoestezie la coapsă; acelaşi lucru şi la membrele superioare. Se începe un tratament cu bii odur, 0,02 cmt. la 2 zile. In 39 zile sifilidele ulceroase sau cicatrizat şi bolnavul nu a mai avut nici turburare senzitivă sau motore din partea membrelor. Autori cu observaţiunea lor pun la punct existenţa polinevritei sifilitice, a cărei descripţie pe scurt nu-i făcută decât de Fournier şi în câte un articol de Cestan şi Steinert.

Diferite maladii infecţioase şi intoxicaţiuni de sigur că prepară terenul pentru această polinevrită, zic autorii.

N. LUPU

G. MILIAN. — **Syphilis et Grossesse, par MM. J. Pénard et A, Girauld.** *Gazette des hôpitaux*, 9 Oct. 1909. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* Timpul are o putere atenuantă asupra virulenţei spirochetei. Productul de concepţie rar devine inviabil în perioada embrionară, aproape totdeauna după viabilitate.

Expulsiunea productului fetal imediat după moarte e rar fapt în sifilis, din contra des în celelalte maladii infecţioase. *Treponema* se găseşte rar în sânge, destul de rar în placentă, des in erupţiile pemfigoide şi mai des în ficat. Maceraţia nu influenţează prezenţa treponemei. Treponema e prezentă în organismul fetal până aproape de 6 luni, ceea ce face pe autori să spună că din acest timp nu se mai face străbaterea agent. patogen prin circulaţia fetală. Din 47 feţi maceraţi, la 38 s'au găsit treponeme, iar la 9, a căror mame au fost tratate, nu s'a găsit. La *74* feţi maceraţi, ale căror mame nu erau sigure de căpătarea sifilisului, 39 aveau spirochet, 35 nu. Acest fapt face pe autori să spună că feţii maceraţi sunt de multe ori feţi sifilitici. La 11 feţi morţi în timpul naşterii, 10 au avut treponeme, 1 nu; Reacţia lui Wasserman când e positivă, se poate afirma sifilisul, fiind negativă nu se poate tăgădui neexistenţa.

N. LUPU.

M. CARTE. **Intradermoréaction et en reaction avee la syphilinc chez les syphilitiques, par Nicolas, Favre, Gautier et Charle.** *Lyon Médical*, 20 Mars 1910. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* Făcându-se un extract glicerinat de ficat sifilitic şi punându-se la 115° temp. pentru concentrarea extractului, avem sifilina, substanţă asămănătoare tuberculinei şi cu care s'au făcut diferite reacţiuni ca: dermo reacţia, intradermo reacţia, etc. Cea mai eficace e intradermoreacţia. Iată rezultatul: pe 29 cazuri, în 13 a fost positivă, 4 uşor pozitive, 5 îndoelnice şi 7 negative. Cazurile pozitive aproape toate erau terţiare. Inainte de a se face reacţiunea, sifilina se diluează pe jumătate sau cu o treime apă fisiologică 7‰.

N. L.

M. CARLE. — **La méningite syplilitique aigue par Bonnet et Goyat.** *Lyon medical* 13 Mars 1910. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphic.* Foarte multe cazuri neobservate sunt de meningită sifilitică. Simptomatologia şi evoluţia se aseamănă cu ale celorlalte forme meningitice. Evoluţia e de 4—5 săptămâni.

Examenul lichidului cefalorachidian arată sau numai limfocitoză, sau şi polio nucleoză pe lângă limfocite. Se deosebeşte cu uşurinţă de marea parte a meningitelor infecţioase, prin limfocitoza existentă; prin limfocitoză însă această meningită se aseamănă cu cea tuberculoasă de care este deosebită prin prezenţa bacilului Koch când este. Apare în general în fază secundară a sifilisului. Tratamentul mercurial cu săruri solubile şi puncţiile lombare sunt medicamentul curativ al acestei afecţiuni.

N. L.

FRED LANGE ZIEHEL. **On the affections clinicaly simulating Typhoid-Fever, with special references to and reports of cases of Brill's disease.** *Medical Record*, (Iunie 25, 1910 pag. 1087.) Febra tifoidă, prin fenomenele sale clinice, poate fi confundată cu o tuberculoză miliară, endocardită septică, malarie, influenţă, meningită. Diagnosticul diferenţial de cele mai multe ori e uşor de făcut. Nu tot aşa stau lucrurile însă cu următoarele boli:

Sapremia intestinală, caracterizată prin constipaţii, cefalalgii, apatie, limbă uscată şi încărcată, anorexie, prostaţie, dureri abdominale, temperatură ridicată de lungă durată, splină mare şi o erupţie mai profuză însă, maculară, eritematoasă, formând pete une ori, cu totul deosibită de rozetela tifică. Un purgativ salin mai activ e urmat repede de difervescenţă şi apoi cercetările de laborator stabilesc repede diagnosticul.

Infecţiunile datorite b. colli însoţite de constipaţie, stare tifică, de b. colli în sânge şi urină (caracter care o deosebeşte de sparemia intestinală); serul aglutinează bine de obiceiu mai multe varietăţi de colli. Când fiebra tifoidă e însoţită de o înmulţire a b. colli din intestine şi de o mărire a virulenţii lor, aceştia (Sanarelli) pot trece în sânge, şi de acolo în urină, aşa că diagnosticul une ori e imposibil, mai ales fiindcă serul tificilor aglutinează de mutle ori şi unele varietăţi de colli.

Intoxicaţiile alimentare cari pot simula febra tifoidă sunt mai ales acele produse de b. enteriditis a lui Gärtner şi de paratificul B. Ambii acesti bacili biologiceşte se pot deosebi uşor de tifici, şi apoi serul bolnavului aglutinează foarte bine o cultură a microbului cauzal şi numai a acestuia. Intoxicaţiile datorite proteului şi b. colli sunt cliniceşte cu totul deosebite de infecţiile tifice.

Febra paratifoidă, sporadică sau epidemică, cliniceşte absolut identică cu f. tifoidă, de care nu poate fi deosebită de cât prin izolarea din scaune, sânge sau urină a unui paratific (A sau B), aglutinabil prin serul bolnavului sau a unui animal immunizat de mai înainte cu unul din ei. Totuşi serul bolnavului în duluţie slabă poate aglutina uneori şi tificul. Imnumitatea produsă de tific nu apără şi de paratific.

Boala lui Brill. In 1896 Brill a descris un tip de boală întru câtva asemănătoare, dar caracterizată prin câte-va fapte, cari o deosebesc cu totul de f. tifoidă. Anul acesta a publicat un studiu amănunţit a 221 cazuri. Semnul cel mai caracteristic este erupţia care apare deodată, nu succesiv, de obiceiu înainte de ziua VII-a; întâi pe abdomen şi spate, de unde se întinde foarte repede şi pe piept, şi extremităţi, uneori pe gât, palme şi tălpi, unde poate fi chiar mai abundentă ca pe trunchi. Eflorescenţele sunt maculo-papulare, ovale cu margini nedistincte, câte odată grupate; prin presiune devin mai palide, dar nu dispar; uneori sunt hemoragice sau amestecate cu pete de rozeolă; dispar repede, în locul lor rămâne câte-va zile încă nişte pete brune. Invazia febrilă e de obicei bruscă, precedată de fior unic sau repetat; temperatura atinge maximul cam în 3 zile; rămâne continuu ridicată una sau două săptămâni (până la 105° F); e însoţită de cefalagii puternice, une-ori de meningism, apatie şi prostraţii foarte mari. Atinge maximul în prima săptămână, când bolnavul are aspectul unui tific din a II-a sau a III-a săptămână. Difernescenţa se face prin criză sau lisis scurt în 10-60 ore; cefalalgiile dispar tot aşa de repede, starea mintală normală revine imediat; bolnavul spune că se simte perfect sănătos; odată temperatura căzută, foarte rare ori se mai ridică peste normală, nici odată nu are reşute; convalescenţa e foarte scurtă (mai puţin de 7 z.); mortalitatea nulă.

Leucopenia e excepţională. Numărul şi felul leucocitelor e de obicei normal. Serodiagnosticul (Widal) negativ, ca şi culturile din sânge, urină sau scaune. Cliniceşte seamănă deci mai mult cu formele medii de tifus exantematic, de care se deosebeşte, prin faptul că b. Brill nu e epidemică, foarte probabil necontagioasă, prin uniformitatea fenomenelor clinice, prin prognosticul absolut benign. Etiologia necunoscută; sigur că e o boală infecţioasă.

DĂNULESCU

J. L. MORSE.— **A study of the value of Brudzinski's „Nek sign“ and of the contralateral reflex in the diagnosis of meningitis in infancy and childhood.** *Archives of Pediatrics.* Aug. 910 p. 561. Reflexul contralateral al membrelor inferioare, descris în 908 de Budzinski în meningitele tbc şi c-spinale ale noilor născuţi şi a copiilor, este un mişcare concomitentă a unuia din membrele inferioare, când se flexează pasiv celalt membru. Se numeşte reflux contralateral identic când primul membru se flexează sau r. c. reciproc când din contră se întinde. Se poate provoca sau în ambele părţi sau mai des numai într'una. Se găseşte cu foarte mari excepţii în toate meningitele fie tbc, fie c-spinale (Brudzinski, Greco, Zaimovsky). Nu se găseşte niciodată în stare normală, excepţional în alte afecţii cerebrale (idioţie, boala lui Little).

Semnul gâtului (Neck sign) în meningitele copiilor, descris tot de Brudzinski (909) se provoacă flexând pasiv pe torace gâtul (capul) copilului aşezat în poziţie dorsolombară; această mişcare este urmată de o flexiune a gambelor pe coapse şi mai ales a acestora pe basin. Se găseşte (44 caşuri) în 97% din cazurile de meningită, pe când reflexul contralateral nu se provoacă decât în 66%, s. Kernig în 57% şi f. Babinski numai în 50%. B. crede că e datorit unei hipertonii musculare a membrelor inferioare şi a unei predominenţe fiziologice a extensorilor gâtului şi al spatelui asupra muschilor flexori ai membrelor inferioare.

J. M. studiind aceste semne pe vr'o 400 copii sănătoşi sau suferinzi de diferite boli, cum şi pe vr'o 17 meningite, ajunge la următearele concluziuni: Reflexul contralateral identic sau reciproc, cum şi semnul gâtului nu se găsesc niciodată la copii sănătoşi sau la cei bolnavi de alte boli decât acele ale sistemului nervos; în aceste din urmă aproape niciodată nu e prezent, în afară de meningite (de orice natură) unde se găseşte aproape constant. Semnul gâtului e mult mai frecuent ca celalt. Pot exista împreună sau pot alterna între ele. Presenţa lor în boalele acute indică aproape cu siguranţă că e vorba de meningită, absenţa lor nu exclude meningita. Se găsesc în toate felurile de meningite şi nu au nici o importanţă în diferenţiarea lor. **DĂNULESCU**

O. TEAGUE.—**The cutaneous reaction in leprosy.** *Philippine Journal of science*, Oct. 909, No. 5. T. Pornit dela faptul că baccilul lui Hansen se aseamănă cu cel tuberculos mai mult de cât cu oricare altul, a făcut după technica întrebuinţată la prepararea tuberculinii brute, 3 extracte leproase din: noduli cutanaţi leproşi extirpaţi de la vii şi dela morţi, sau din splină după autopsie; ca control s'a servit de un extract făcut în acelaş mod din pielea unui cadavru choleric. Materialul (Splina) tăiat în bucăţi mici, sau triturat într'un mojar se adaogă în proporţie de 5% în glicerină şi apoi se încălzeşte într'o bac de apă până se reduce la a 10-a parte aproape. O picătură din extractul astfel obţinut se pune pe o scarificaţie a pielei, după cum de altfel se procedează şi în provocarea reacţii cutanate a tuberculoşilor la tuberculină (von Pirquet). 50 leproşi încercaţi astfel au reacţionat aproape toţi (2—3 casuri îndoelnice) întocmai ca tuberculoşii la tuberculină. Nici un lepros din 50 n'a reacţionat la extractul făcut din pielea cholericului.

Această hipersensibilitate dacă s'ar confirma, ar fi de mare valoare în diagnosticul leprii la început mai ales, când semnele clinice nu sunt suficiente pentru stabilirea diagnosticului. **DĂNULESCU**

KARL PETREU şi G. BERGMARK (Upsala). — **Edem acut al pulmonului cu ipertensiune arterială paroxistică.** *(Arch. des mal. du cœur, No. 2, 1910).* Este necesar să diferenţiăm dispnea de sforţ de atacurile paroxistice de dispnee, cari vin mai ales noaptea şi sunt spontane. Acestea iau numele de atacuri de astm cardiac, şi edemul acut al pulmonului este o stare secundară atacului de astm.

Simpla ipertensiune paroxistică poate provoca edemul acut pulmonar? Aceasta este chestiunea pe cari și-o pun autorii.

Pe când Welch și Romby atribuiau atacul de edem acut pulmonar unei slăbiri subite a ventriculului stâng, cel dintâi bazat pe cercetări experimentale, a doilea pe faptul că a observat o slăbire a pulsului în timpul atacului, von Basche a observat o presiune arterială crescută în timpul atacului.

După cercetările lui Pal, există la cardiac crize de dispnee paroxistică cu ipertensiune denumită *„paroxysmele Hochspasmungsdyspnoe"*, în care presiunea arterială nu cade decât la finele atacului.

Se știe de altă parte că aceste atacuri de edem pulmonar, vin mai ales la aortici și rar la mitrali, unde presiunea este mică.

Din cele două cazuri publicate de autori rezultă că presiunea în timpul atacului este mărită, nu în raport cu ceea-ce trebue să fie în stare normală, dar comparativ cu presiunea luată înainte de atac.

Aceste observațiuni, ca și cele ale lui Pal, fac pe autori să conchidă că ipertensiunea singură poate provoca atacul de edem al pulmonului.

In ce fel? Probabil prin stasa care se face în cordul stâng din cauza insuficienței ventriculului stâng de a lupta cu o presiune brusc exagerată.

DANIELOPOLU.

ALBERT SÉZARY. — **Presiunea arterială și glandele suprarenale la tuberculoși.** *(Arch. des mal. du cœur, 2, 1910).* In 1904 Vaquez a emis teoria originei suprarenale a ipertensiunei arteriale. Ipertensiunea ar fi datorită unei ipersecrețiuni suprarenale, iperepinefrie după denumirea lui Bernard și Bigart. Acest fapt ar fi exact nu numai în nefrite, ci și în orice caz în care se constată ipertensiunea arterială. Experiențele lui Dopter și Gourand, ale lui Marassini și Darré au arătat că în nefrita cronică procsul de iprepinefrie este datorit toxinelor acumulate în organism din cauza impermeabilității renale.

In tuberculoza pulmonară tensiunea arterială este în general diminuată, în mod așa de constant în cât Potain admitea că dacă într'un caz cu presiune scăzută în care nu se constată vre-o altă cauză a ipotensiunei, (sub 14 Potain) trebuia să ne gândim la tuberculoză.

Autorul crede că ipoepinefria nu este singura cauză a scăderei presiunei arteriale și că alte cauze intervin ca: toxinele tuberculoase secretate în focarul tuberculos, alterațiunile sistemului nervos, demineralisațiunea, infecțiunile asociate, etc.

In adevăr pe când ipotensiunea este de regulă chiar de la începutul tuberculozei pulmonare, ipoepinefria nu se găsește de cât în fazele mai înaintate.

Din cercetările sale clinice, autorul ajunge la încă o concluziune interesantă în cazurile de tuberculoză cu ipoepinefrie și cu nefrită cronică, presiunea este mărită sau normală, ceeace demonstră că nu totdeauna în nefrită ipertensiunea este datorită unei ipoepinefrie cum vrea Vaquez.

DANIELOPOLU

JEAN TROISIER.—**Difuziunea serurilor globulare și hemoliza.** *(Arch. des mal. du cœur, 2, 1910).* Guillein și Troissier au demonstrat că lichidele hemoragice, prezintă un grad manifest de ipertonie, ceeace se constată une-ori în serul sanguin al bolnavilor cu icter hemolitic.

Care este cauza acestei ipertonii?

Stackievicz, a propo de un caz de ieter hemolitic cu Δ al serului = 0,87 presupune că ipertonia ar fi un mijloc prin care organismul ar lupta contra difuziunei substanţelor constitutive ale hematiilor în plasmă, iar Koranyi atribue această ipertonie unui oare-care grad de impermeabilitate renală. Troisier dă o altă explicaţiune. Pentru acest autor membrana hemoragică este alterată şi lasă sa difuseze sărurile în lichidul ambiant provocând o mărire a tensiunei.

Trecerea sărurilor singure, fără hemoglobină, din hematii în lichidul ambiant este posibilă, experienţele lui Stewart, Călugăreanu şi Victor Henri o probează.

DANIELOPOLU.

E. RAUTEMBERG. — **Die Vorhofpulsation beim Menschen.** (*Sammlung Kliniscke Vorträge*, Innere Medizin, No. 172/172). Lucrare importantă de 50 de pagini cu multe grafice foarte demonstrative.

Din 1906 înregistrarea pulsaţiunei auriculului stâng prin ajutorul unui receptor apropiat introdus în esofag a adus mari servicii pentru interpretarea diferitelor feluri de turburări în ritmul cordului.

Cercetările au fost mai ales făcute de Minkowski, Rautemberg, Lion, Clerc şi Esmein.

Metodă. Se introduc în esofag până în stomac 50—55 cm. o sondă gradată prevăzută la capitul său cu un mic balon de cauciuc de 4 centimetri lungime, şi se pune în comunicare acest tub cu un tambur Marey care înscrie pulsaţiunile auriculului stâng pe un cilindru observat, sau pe hărtia polygrafului Jacquet. Poziţiunea bolnavului cea mai bună, este cea şezândă, şi numai când avem nevoie să luăm în acelaş timp şi pulsul jugular bolnavul trebuie să stea lungit, dar mai bine pe o lature sau chiar cu faţa în jos.

Pulsaţiunea auriculară la omul normal. Dacă introducem balonul până la cardia şi în urmă retragem puţin, obţinem o pulsaţiune sincronă cu pulsul cordului şi care este datorită ventriculului. Nu obţinem această pulsaţiune de cât pe întindere de 2 cm.

La 5—8 cm. de-asupra cardiei, une-ori 9—10 cm. de la acest punct, pulsează auriculul stâng. Iar 15—20 cm. deasupra cardiei pulsează aorta.

Obiecţiunei lui Lichtheim care a pretins că pulsul aortei poate influenţa curba, se poate răspunde că dacă se plasează exact balonul, tatonând de sus în jos, se obţine o curbă care prin situaţiunea sa faţă de cardiogramă şi faţă de pulsaţiunea auriculului drept la auricole, arată că este datorită auriculului.

a) *Modificările aduse pulsului auriculo-esofagian de către contracţiunea ventriculară.*

Există o ridicătură, denumită de Rantemberg *ventrikelzacke (vs)*, care este datorită ventriculului. Faptul se poate demonstra perfect de bine în cazurile de disociaţie auriculo-ventriculară.

Pe când Frederich, Mukowski, Young şi Hervlatt consideră *vs* ca datorit închiderei valvulelor auricolo-ventriculare în timpul sistolei ventriculare, Rantemberg crede că această undă este pur şi simplu datorită influenţei asupra auriculului a mişcărilor ventriculului în timpul sistolei sale. In adevăr, faptul că această undă există şi în insuficienţa mitrală, în care nu poate fi vorba de o ocluziune a ventric. dr. pe de altă parte faptul că ea apare uneori cu începutul sistolei ventriculare şi se ştie că în acest moment muşchii papilari, prima parte a ventriculului care se contractă întind valvula şi nu o lasă să se închidă; faptul de asemenea că această undă este foarte variabilă în amplitudine şi durată, vorbesc contra interpretărei lui Mukowski, etc.

In general vârful cordului întârzie puţin faţă de vs, de oarece mişcarea la la vârf este uşor împiedicată de pereţii toracici.

Durata undei vs este mică, şi este urmată de o undă negativă, urmată de o alta pozitivă D, situată la finele sistolei ventriculare şi datorită accumulărei sângelui în auricul în timpul sistolei ventriculare.

După unda D vine din nou o cădere, o undă negativă, datorită deschiderei valvulei auriculo-ventriculare. Punctul în care unda D începe să cadă reprezintă începutul golirei auriculului prin deschiderea acestei valvule.

Pe când unii autori consideră sistola cardiacă ca ducând de la vs, până la închiderea valvulei sgomoide (de la linia 1 până la 5 din treseurile lui Meckenzie), sau până la al 2-lea ton, Rautemberg o consideră ca începând cu vs şi sfârşindu-se în punctul în care se deschide valvulele auriculo-ventricular (linia 6 din traseurile lui Meckenzie). Acest punct corespunde pe traseul radial cu *n* (Meckenzie).

b) *Diastola auriculară* se poate împărţi în două porţiuni, prima de la vs la D, a doua de la D până la sistola auriculară. Aceasta a doua porţiune este foarte mică sau chiar poate lipsi în tachicardia pronunţată.

c) *Sistola avriculară*. După Rantembey sistola avriculară se arată totdeauna sub forma unei unde pozitive, de oare-ce, nu numai că auriculul nu face un vid în erofy, cum susţin autorii (Fredericz, Sarolea, Minkowski, Yony şi Hewlett) cari dau o undă negativă ca expresiune grafică a contraţciei auriculului, dar chiar auriculul se îndreptează, se dresează peste ventricul producând o compresiune pe esofag.

Părerea lui Ioachim care pretinde că unda auriculară este negativă sau pozitivă după locul în care este balonul receptor, nu este justificată şi Nentembey crede că numai atunci se poate interpreta un trasen auricular în mod just când obţinem o undă pozitivă.

Deşi în cazurile extreme se poate judeca forţa de contracţiune a cordului după înălţimea undelor de pe grafica auriculo-esofigienă, totuşi datele importante sunt căpătate, nu judecând după această calitate, ci după momentul începutului şi durata fie-cărei unde.

Raportul între grafica auriculo-esofagiană şi flebograme. (Pulsul auriculului drept şi stâng comparativ.

In stare normală diversele unde de pe grafica auriculo-esofagienă concordă cu aceleaşi de pe flebogramă şi anume: *s* cu *a*, *vs* cu *c* şi *d* cu *v*, cu o singură diferenţă anume că diversele unde de pe flebogramă apar uşor întârziate faţă de cele de pe gr. auriculo-esofigienă.

Faptul că există *vs* pe această greficăşi că une-ori se întâlneşte şi pe hepatogramă, vorbeşte contra hipotezei lui Mackenzie după care *c* ar fi datorit carotidei.

Bard admite că această undă este datorită tensiunei valvulelor tricuspiede în timpul sistolei ventriculare.

Pentru studiarea întârzierei între undele de pe ambele grefice, este nevoie a pune bolnavul culcat pe abdomen şi a băga de seamă ca tubul de cauciuc care leagă receptorul jugular de aparat să fie tot aşa de lung ca tubul prin care se înscrie pulsaţiunea auriculului stâng.

Unda *c* întârziază mai puţin faţă de unda *vs*, de cât depresiunea *y* faţă de aceea care urmează udei *D*, probabil din cauză că undele pozitive se transmit mai repede ca cele negative.

Unda *a* este din contră sinonimă cu *as*, nu pentru că este întârziată, dar pentru că se ştie că auriculul drept precedă în contracţiune pe cel stâng. Cum atât *a* cât şi *c* sunt unde pozitive şi trebue să aibă ambele aceeaşi viteză de propagare, şi cum unda *c* întârziază asupra undei *vs* cu 0″,06, trebue să admitem că unda *a* căzând simultan cu *as*, contracţiunea auriculului drept precedă cu 0″,06 pe aceea a celui stâng.

Se constată une-ori o uşoară undă pe *a*, fie în vârf, fie pe linia ascendentă. Aceasta ar fi datorită după Rantembey unei transmisiuni provenite din contracţiunea auriculului stâng care începe mai târziu ca cea a celui drept.

Pulsaţiunea auriculo-esofagienă în stările patologice.

a) *insuficienţa mitrală.*

Când leziunea este compensată nu se constată nici o diferenţă de normală pe grefica auriculo-esofagienă. Faptul acesta nu este de mirat, de oare-ce în insuficienţa tricuspidiană, până ce cordul nu devine foarte slab, sau se observă une-ori nici o modificare în pulsul jugular.

b) *Insnficienţa cardiacă. Paralizia auriculului.*

In cazurile cu insuficienţă cardiacă, cu sau fără insuficienţă mitrală găsim o grafică auriculo-esofagienă caracteristică după Rantembey. In aceste cazuri *as* este mult micşorat, faptul fiind datorit unei paralizii auriculare. De asemenea *vs* este diminuat, iar depresiunea pronunţată după *vs* care există în stare normală. *D* este foarte pronunţat.

In toate cazurile, afară de unul, autorul, luând flebograma şi grafica auriculo-esofagienă, a găsit syncronie completă între cei doi auriculi. Intr'un singur caz a observat un puls jugular normal cu un puls avriculo-esofagian cu caracterele de mai sus.

c) *Stenoza mitrală.* Stenoza mitrală când este bine compensată nu dă în general o grafică auriculo-esofagiană diferită de normal. Când stenoza este foarte accentuată, observăm un caracter important, anume o lipsă de cădere bruscă şi intensă a curbei după *D*, ceea-ce denotă o deschidere limitată a valvulelor auriculo-ventriculare în acest moment.

In cazurile cu decompensaţie se observă paralizia auriculară (dimensiunea undei *as*).

d) *Aritmie.*

1. *Disociaţie auriculo-ventriculară.* Intr'un caz de disociaţie auriculo-ventriculară, graficele arătau net 5 pulsaţiuni auriculare pentru trei ventriculare.

2. *Extra-sistole şi aritmia perpetua.* Rezultatul e concordă cu acelea date de flebogannă.

DANIELOPOLU.

L. M. BONNET et LAURENT. — **Polynévrite syphilitique.** (*Annales de Dermat et de Syph.*, No. 8—9, 1910). Inchee observaţia unui caz cu următoarele concluziuni: Sifilisul produce polinevrite analoage cu acelea observate în diverse intoxicaţiuni şi infecţiuni. Observaţia lor constitue unul din puţinele fapte cu adevărat probante.

Ea concordă în general cu alte manifestaţiuni a sifilisului. Acţiunea mercurului este variabilă. C. I. URECHE.

H. de BRUN. — **Etude sur l'infantilisme palustre** *(Revue de Médecine*, No. 10, 1910). Publică 40 observaţiuni în sprijinul temei sale. Cei mai mulţi aveau accese de paludism, chiar la intrarea în spital. Splina era mărită la 38 dintre ei. Corpul tiroid micşorat şi scleros, membrele subţiri şi slabe iar abdomenul în schimb foarte dezvoltat. In colo bolnavii oferă caracterele obicinuite a infantilismului distiroidian. Starea mintală la majoritate e sub medie. C. I. URECHE.

Chirurgie

H. RIEDEL. — **Die Erfolge der operation des Plattfusses nach der Methode von Gleich-Brenner.** (1910, Bd. 92, h. 2, s. 415—441). Se ştie că procedeul lui Brenner consistă într'o osteotomie a calcaneului cu deplasarea înăuntru şi în jos a colţului osos ast-fel detaşat, cu sau fără secţiunea tendonului lui Achile. Se lasă bolnavul să umble după 6 săptămâni de la operaţie.

Au fost operaţi ast-fel, la clinica lui Brenner, 37 de bolnavi iar Riedel aduce în articolul său rezultatele acestor operaţii.

Osteotomia după procedeul Gleieh-Brenner a fost practicată de 20 de ori într'o singură parte şi de 17 ori la ambele picioare adică de 54 de ori. Secţiunea tendonului lui Achile s'a făcut numai de 5 ori. Pe 31 bolnavi, care au putut fi urmăriţi, s'a obţinut de 13 ori vindecare complectă absolută, de 14 ori cu puţină oboseală şi durere după o muncă prelungită; patru bolnavi au fost amelioraţi. In total vindecarea a fost de 87% iar ameliorarea de 13%.

DANIELSEN (BRESLAU).—**Grefa paratiroidiană urmată de succes într'un caz de tetanie paratiroidiprivă.** *(Beiträge zur Klinischen ckirurgie. Bd. 66, h. 1, s. 81—101).* E vorba de o femee de 51 de ani operată de guşe colloidă; i s'a rezecat lobul drept, istmul şi partea inferioară a lobului stâng. După 4 zile apar acidente de tetanie: fenomenul facial e foarte distinct; trismus şi spasme musculare generalizate. I se dă morfină şi cloral apoi tablete de paratiroidă, efectul însă e nul. Se încearcă grefa paratiroidă: se face o mică incisie subombilicală şi se grefează, între fascia transversală şi peritoneu, două paratiroide umane luate în timpul unei operaţiuni de guşe, în aceiaşi zi. Grefa s'a făcut după 12 zile de la operaţie. Bolnava se restabileşte încet, capătă o angină cu bronco-pneumonie; accidentele de tetanie dispar după 6 săptămâni iar după 7 luni de la operaţie bolnava este complect vindecată.

Autorul crede că grefa a vindecat pe bolnavă de oarece înainte de aceasta a observat turburări respiratorii caracterizate printr'un fel de paralizie progresivă a centrului raspirator.

Observaţiuni asupra grefelor paratiroidiene sunt rare. Prima grefă a fost făcută de Eiselberg, încercare care a fost urmată de succes. Profilaxia aceidentelor de tetanie postoperatorie trebue să fie obiectul atenţiunei constante a chirurgului: mijlocul cel mai bun constă în a lăsa totdeauna intactă partea posterioară a învelişului propriu a corpului tiroid respect`nd zona care corespunde intrărei arterei tiroidiene inferioare în glandă.

DOBERAUER G. — **Ueber die Carcinome des Ductus Choledocus.** (1910, Bd. 67, s. 472—480). E vorba de un om, în vâstră de 56 suferind de 5 ani de colici foarte violente, întovărăşite de o umflare a regiunei veziculei biliare, fără să fi avut icter. In Maiu 1907 apăru icterul însoţit de anemie şi slăbiciunei, cura lui Karlsbad fără rezultat. Astăzi (August 1908) bolnavul are un icter intens, cu prurit cutanat foarte observabil, urine icterice fără febră, ficatul puţin mărit de volum. La palpaţie profundă a regiunei subt hepatice, pare că se descopere o mică masă dură, puţin sensibilă. Operaţia arată o veziculă biliară puţin distinsă fără calculi. Pe traectul coledocului se simte o nodozitate mare ca o alună, foarte dură; nu e un calcul, ci un nucleu canceros stenozant. Rezecţia acestui nodul, după o disecţie dificilă a hilului ficatului; o ramură puternică a arterei hepatice a trebuit să fie disecată şi legată. După ce rezecţia a fost făcută a rămas aproape 5 cm. din canal coledoc. Atunci se mobilisează cât e posibil partea inferioară a acestui canal şi se pune câte-va puncte separate pe cele două porţiuni ale secţiunei; se aşează apoi un dren în cele două capete ale coledocului apropiate şi, deasupra acestui dren ca coudučător, se suturează cele două segmente ale conductului rezecat. Tamponare.

Bolnavul se vindecă. După 10 zile, cu o pensă întrodusă în rană, Doberauer scoase drenul, care servise de conducător şi fistula externă biliară se vindecă repede. După o lună, icterul dispăru şi bolnavul părăsi spitalul. Din nenorocire două luni după aceasta, el sucombă cu accedente de insuficenţă hepatică Examenul histologic al piesei rezecate arată că e vorba de un epiteliom cilindric glandular al coledocului.

RUBSECH RUD. — **Ueber die Vermeidung der Darmgangrän bei Rectum-operationen.** (1910, Bd. 67, s. 480—493). Cum a stabilit cel dintâi Sudeck în 1907 (Münch. med. Wochenschrift) prin injecţii arteriale, există un punct de joncţiune rectosigmoidă rău vascularizat: e segmentul intestinal coprins între ultima arteră sigmoidiană şi bifurcaţia arterei hemoroidale superioare. Dacă se leagă hemoroidala superioară de desubtul acestui punct numit critic de Sudeck—se riscă provocarea gangrenei intestinului. Ea e cauza accidentelor foarte serioase în amputaţiuni şi mai ales în rezecţiunele cancerului rectului sus situat. Pentru evitarea gangrenelor, R..., recomandă legarea arterei hemoroidale superioare mai ales de asupra punctului critic a lui Südeck. Această legătură nu poate fi făcută cu siguranţă de cât pe cale abdominală e un puternic argument în favoarea operaţiilor combinate (abdomino peritoniale) în tratamentul cancerilor rectului sus situaţi. Când legătura arterei hemoroidale superioare necesită o lungă incizie a mezosigmoidei, e preferabil, după Rüde a se ridica toată ansa omega, tot colonul pelvian şi a mobiliza porţiunea terminală a colonului descendent, care este larg irigat şi uşor de scoborât. Acesta e însă cel mai sigur mijloc de a evita necroza intestinului.

BLAUEL. — **Zur Mechanik der invaginatio ileocecalis.** (1910, Bd. 63, h. 1, s. 106—119). Bazat pe 3 observaţiuni personale recente, Blauel admite ceea ce a zis Lorenz adică foarte adesea invaginaţia ileo-cecală nu începe prin invaginaţia valvulei ileo-cecale în ceacum, ci prin invaginaţia cecului însuşi în colon, trăgând după sine valvula lui Bauhin şi intestinul subţire. Ar fi mai nimerit să se zică, deci invaginaţia ceco-iliacă. (Lorenz).

LAUBMANN H. — **Zur Behandlung der Coxa-vara.** (1910, Bd. 68, s. 474-479). E vorba de un tânăr de 16 ani care era forţat de profesiune sa să stea mai mult timp în picioare. Suferea mult de şoldul stâng. A stat 15 zile in pat dar durerile au reapărut şi a fost trimes la spital. La stânga se constată existenţa unei coxa vara; membrul inferior stâng în abducţie şi rotaţie externă.

In mers, bolnavul imobilizează complect şoldul stâng. Mişcările de flexiune ale coapsei pe basin sunt foarte limitate la stânga şi se simte, când se flexează femurul pe osul iliac, un fel de contact osos care împiedecă flexiunea.

Radiografia arată o deviaţiune unghiulară a gâtului femural; foarte probabil că retroflexiunea excesivă a gâtului femural jena flexiunea. Operaţie. Incizie anterioară a lui Hüter între croitor şi dreptul anterior înăuntru şi tensorul fasciei lata în afară, se descope gâtul femural pe faţa sa anterioară. Se constată atunci că ceea-ce împiedeca flexiunea era o excrescenţă osoasă, mare cât un ou de porumbiel, aşezată pe marginea antero-superioară o gâtului femoral aproape de sprânceana cavităţei cotiloide. Se ridică această ezcrescenţă. Imediat se face flexiunea coapsei pe basin cu 90°. Se face extensie continuă timp de o lună. Vindecare cu rezultat funcţional foarte bun, cu flesiunea coapsei stângi posibilă până la 90°.

V. v. SALIS). — **Ueber Apendicostomie** (1910, Bd. 68, **h.** 3, s.627-641). Basându-se pe 8 observaţii personale de apendicostomie, culese în clinica lui Pr. Enderlen (de 7 ori făcute pentru colite ulceroase sau colite rebele şi odată pentru oculuzie acută). S. conchide că această operaţie foarte simplă şi foarte benignă, este cu adevărat un bun tratament al colitelor, ulceroase sau nu: spălăturile colonului practicate prin fistula apendiculară au adus, în toate cazurile operate o ameliorare a stărei generale, cu dispariţia tenesmului intestinal, a supuraţiei şi a emoragiei; Se crede că înainte de a recurge la operaţii mai serioase, ca illeo-sigmoidotomia sau rezecţia totală a intestinului mare (Lane), să ne gândim la apendicostomie care poate mult mai avantajos, să aducă vindecarea colitei. Din contră în cazurile în care se încearcă golirea repede a intestinului (Ocluzia acută prin cauză mecanică, ocluzia paralitică a peritonitelor), S. conchide că apendicostomia nu aduce nici un avantaj şi chiar prezintă inconveniente serioase (încetineală şi insuficienţa evacuărei intestinale); în aceste cazuri se impune enterostomia largă a intestinului subţire sau a caecului.

KAYSER P. — **Zur Behandlung des varikosen Symptomenkomplexes, mit dem Spiralenschnitt** *(nach Rindfleisch-Friedel)*, 1910, Bd. 68, h. 3, s. 802—810. Rindfleisch şi elevul său Tradel au propus incizia spirală în prejurul membrului pentru a secţiona trunchiul venelor varicoase în mai multe puncte; se pot face astfel 7-8 spire împrejurul membrului.

Kaiser admite această operaţie numai în cazuri de varice întinse cu ulcere rebele. Operaţia e făcută subt anestezia generală sau anestezia lombară, se aşează o bandă Esmark, se face incizia spiroidă, care se urcă mai mult sau mai puţin sus, după caz; incizia se face până la aponevroză; toate pachetele varicoase şi vasele superficiale sunt legate; rana provenind din incizia spiroidă e lăsată deschisă şi umplută cu comprese; durata tratamentului până la cicatrizare e aproape 5 săptămâni. K. a putut să revadă 11 operaţii din 15 după un an, cele lalte după mai puţin timp); şi rezultatele sunt bune; nu sunt tulburări în sensibilitatea pielei şi bolnavii sunt scăpaţi de durerile lor.

MÜLLER P. — **Ueber die Aktinomycose der orbita.** (1910, Bd. 68, h. 1, s. 135—153). Cazurile de actinomicoză a orbitei sunt foarte rari; Müller relatează unul observat la clinica din Tübingen. O ţărancă de 33 ani avea în 1908 fistule în dreapta, cu supuraţia obrazului şi a regiunei temporale; s'au incizat două abcese şi s'a diagnosticat actinomicoza. In 1909 bolnava are exoftalmie în dreapta şi o diminuare a vederei în partea aceasta. Peretele extern al orbitei este infiltrat şi de culoare violacee; tot aci sunt fistule prin care se scurge un puroi seros. La examenul microscopic ce constată Actinomices.

Se supune bolnava la operaţie după o cură de iodur de potasiu de 15 zile. Se face rezecţia temporară a osului malar prin proc. lui Von Brünn; astfel s'au putut rezeca toate părţile bolnave. Ochiul şi nervul optic au fost conservate. După operaţie, bolnava s'a ameliorat dar după două luni a murit.

MAX v. BRÜNN.—**Ueber die Häufigkeit der Narbenhernien nach Appendicitis-operationen, besonders, nach dem mit primärer Narbe behandelten Abscessen** (1910, Bd. 68, h. 1, s. 1—68). Von Brünn a căutat pe 100 de bolnavi operaţi pentru apendicită, la clinica din Tübingen, după o trecere de timp mai mare de un an, care era starea cicatricei.

Operaţiuni la rece s'au făcut 31, la cald precoce 9, la cald cu abces 49, pentru peritonită 11.

In marea majoritate a cazurilor $85^0/_0$ s'a intrebuinţat incizia parietală a lui Lennander (incizia prin teaca dreptului cu deplarea marginei externe a muschiului) numită în Franţa incizia lui Jalaguier.

În cele 31 de cazuri operate la rece, s'a suturat peretele în mai multe planuri de 27 de ori iar de 4 ori s'a drenat: s'a observat numai o hernie la unul din cazurile drenate.

In cele 9 operaţii la cald precoce s'a suturat peretele în mai multe planuri, de 8 ori fără drenaj, odată cu drenaj; nu s'a constatat nici o hernie post-operatorie.

In cele 49 de operaţii la cald cu abces şi în cele 11 operaţii pentru peritonită s'au observat 20 de hernii post-operatorii.

Von Brünn a cercetat dacă modul de a trata plaga ar avea vre-o influenţă asupra evoluţiei ulterioare a cicatricei şi a constatat că la 16 bolnavi a căror plagă a fost lăsată deschisă şi tamponată s'au observat 11 hernii-operatorii adică $68^0/_0$; la ceilalţi 44 bolnavi a căror plagă a fost reunită parţial s'au observat numai 9 hernii post-operatorii adică $21^0/_0$. De aci Von Brünn conchide că chiar în cazuri de supuraţie intra-abbominală, e mai bine să suturăm peretele în etaje şi să lăsăm un dren. Incizia cea mai bună ar fi aceea a lui Lennander, prin teaca dreptului.

SANGER F. — Die Taxisrupturen deseingeklemmten Bruchdarmes . (1910, Bd. 68, h. 2, s. 202—236). S'ar crede că taxisul și mai ales cel prelungit și brutal nu mai există de cât ca o amintire.

Lucrul nu e tocmai așa de oare-ce Sänger a strâns în 4 ani, la clinica lui Von Brüns, cinci observații de ruptură a intestinului în urma taxisului. In aceste 5 cazuri era vorba de femei cu hernie crurală strangulată, și în toate (afară de unul la care s'a intervenit după 6 zile de la strangulare) taxisul s'a făcut precoce și odată sub anestezie. Bolnavele, după reducerea aparentă a herniei, au continuat cu aceleaș accidente ca și înaintea taxisului.

Ruptura intestinală a dat naștere la peritonită din care cauză toate bolnavele au fost operate, trei au sucombat iar două s'au vindecat după rezecția intestinală, spălătusi ale peritoneului și drenaj larg.

FINSTERER H. — Ueber die Torsion des grosses Netzes. (1910, Bd. 68, h. 2, s. 521—531). O femee de 55 de ani suferea de 5 ani de dureri în regiunea inguinală dreaptă și în regiunea hipogastrică când ridica oare-care greutăți. Cu 36 de ore înainte de a intra în spital a fost apucată brusc — pe când lucra — de o durere vie în partea dreaptă a abdomenului cu iradiațiuni în regiunea inguinală dreaptă. A stat în pat 24 de ore și de oare-ce durerile continuau, medicul a diagnosticat hernia strangulată și o trimise la clinică.

Are pulsul 96, temp. 37.^{2}. In regiunea inguinală dreaptă se simte o tumoră mare cât un ou care se scoboară. De la începutul accidentelor, gazele și materiile fecale s'au oprit; se pune diagnosticul de epiplocel strangulat.

Operație. Se face mai întâi o kelotomie inguinală dreaptă care arată un pachet de epiploon aderent care se liberează, dar la nivelul orificiului posterior al canalului inguinal se simte un fel de pedicul care se sue în interiorul abdomenului. Se mărește incizia de-alungul marginei externe a dreptului mare și se găsește o masă mare epiploică răsucită care forma o tumoară bilobată. Se rezecă epiploonul alături de colonul transvers; se închide peretele. Drenaj, vindecare.

Finsterer a putut constata 72 de cazuri de torsiune a merelui epiploon. Se pot observa torsiuni intra-abdominale ale epiploonului fără hernie sau, din contra ca în cazul nostru, torsiuni ale epiploonului la bolnavi atinși de hernie. In cazul din urmă, epiploonul răsucit poate fi conținut în hernie sau, din contra, ca în cazul nostru, torsiunea s'a făcut în abdomen între două puncte fixe, (secțiunea colonului și aderențele epiploonului de sacul herniar). Diagnosticul pre-operator e posibil numai când se simte, deasupra gâtului sacului herniar, o masă alungită care se sue către mijlocul abdomenului (Lejars). In ori-ce caz, numai în cursul operației poți să'ți dai seama exact de dispoziția anatomică a epiplonului răsucit.

KAUSCH. — **Despre piloro-plastia intra-mucoasă (parțială, sub-muconsă),** (*Berliner klinische Wochenschrift*, tom. 47 No. 21 Mai 25 1910 pag. 974). Piloroplastia este cunoscută mai de mult de oarece Miherling a menționat-o și practicat-o în 1908; de atunci a căzut și a făcut loc gastro-enterostomozei care nu e convenabilă întotdeauna. Kausch a raportat o observație de gastro-enterostomie anterioară la un copil nou născut atins de spasm piloric care i-a cauzat după 9 luni un ulcer peptic al jejunului când a sucombat. Piloroplastia are și ea contra-indicațiunile sale. Astfel la un bolnav cu toate că i s'a făcut o pilorotomie totală, orificiul nu s'a dilatat iar piloroplastia l-a îngustat şi mai mult. Copilul a murit. In stenozele pilorice ale pruncilor sunt cazuri care de care mai grave; câte odată piloroplastia este bună iar câte odată este imposibilă şi anume atunci când hipertrofia muschiului este considerabilă şi când orificiul este prea mic. Piloroplastia parţială e mai favorabilă decât cea totală atunci când toate tunicile participă la îngustare pentru că lasă mucoasa intactă. Operaţia este indicată în caz de contractură iar în caz de hipertrofie sau îngustare gravă trebue să recurgem la gastro-enterostomie posterioară.

PATEL et COTTE (Lyon) — **Despre fistulele ombilicale consecutive colecystitelor calculoase** (*Revue de Chirurgie* tom. 47 fas. 7 Iulie 10, pag. 26—35).

P. şi C. publică observaţia unei fistule ombilicale, de origină veziculară, operată de unul din ei. După o incizie în circomferenţă împrejurul ombilicului, urmă închiderea orificiului fistulos prin sutura în bursă. Trajectul fistulos a fost liberat până la nivelul peritoneului. Se practică atunci, incizia lui Mayo-Robson deschizându-se regiunea veziculară şi, după liberarea vezicului, fu extirpată după technica lui Maynibau, legând mai întâi cysticul. Un drain aşezat la nivelul bontului cystic dă curgere unei cantităţi apreciabile de bilă timp de câteva zile. In a 8 zi, P. şi C. au început cura alimentară a fistulei, dând bolnavului alimente tot la 3 ore Vindecarea se obţinu repede.

P. şi C. admit după statisticile constatate că în o treime de cazuri, fistulele spontanee ale vezicuiei se produc la nivelul regiunei ombilicale. Dar rar fistula se produce la nivelul inelului ombilical (12 ori la 169 fistule cutanate, după Courvoisier). Fistula e uneori consecutivă unei aderenţe directe a veziculei la peritoneul parietat a regiunei ombilicale. In alte cazuri, ea determină la acest nivel un flegmon biliar.

Aceste fistule ombilicale, dând curgere unui lichid biliar sau mucos, sunt indicate tratamentului chirurgical. Operaţia de predilectie a lui P. şi C. este cholecystectomia, care înlătură orice recidivă. Dacă ar exista un flegmon biliar întins sau dacă starea generală este prea rea, se recurge la un simplu drainaj al veziculei, urmat de o cholecystectomie secundară. Iar în cazurile, când vezicula ar fi complect înglobată de aderenţe, ar fi indicat practicarea cholecystectomei subseroase (Tixier)

KATZENSTEIN (Berlin).—**Asupra transplantărei osului acoperit de periost pentru a repara perderea substanţei femurului în urma unei rezecţii.** *Berliner Klinische Wochenscrift*, 1910, Bd. 47 h. 14, s. 619—622). Observaţia, pe care ne o aduce K, priveşte pe un tânăr de 15 ani, la care în urma unei căderi pe o scară, probocându-i-se o contusie a coapsei stângi, se descoperi o tumoare a femurului. O biopsie, practicată la moment, arată existenţa unui sarcom; tumoarea ocupa $^1/_3$ inferioară a osului; diagnosticul era neîndoios. Familia se opunea la o amputaţie; şi K se hotărî să facă o *rezecţie cu autoplastie osoasă.*

Incizie pe marginea externă a quadricepsului, secţiunea fasciei late, separarea fibrelor musculare; se izolează polul superior al tumorei, care înconjoară osul; se roade femurul la 5 cm. deasupra şi se secţionează cu dalta şi ciocanul. Se scoate din rană segmentul inferior al osului şi se ajunge astfel foarte uşor să se izoleze tumoarea de părţile moi periferice. Femurul este apoi secţionat la 1 cm. dedesubtul tumorei, corespunzând liniei epifizare. Lungimea totală a segmentului rezecat este de 13 cm. Se denudează apoi, pe gamba opusă, faţa anterioară a tibiei şi se taie în această faţă un lambou osos lung de 15 cm, larg de 2 cm, gros de 2 mm, având grija de a-l lăsa acoperit de periost. Lama ast-fel tăiate este aşa de subţire, că se strică şi trebue să o consolidăm cu un fir de mătase; în sfârşit ea e subţiată în formă de vârf la cele două extremităţi şi introdusă în canalul medular a celor două segmente ale femurului — scobit în acest mod. — In timp ce un ajuror face tracţiunea pe membru pentru a evita fractura lamelei osteo-periostice implantate, se închide rana şi se aplică aparatul gipsat. Vindecarea per-priman. Trei luni după operaţie, se ridică gipsul şi, prin palpaţie cum şi prin razele Roentgen, se simte că consolidarea femurului e perfectă, deşi membrul pare încă prea slab pentru s suporta greutatea corpului. Se aplică aparatul pentru mers.

Astăzi operaţia datează de 9 luni şi rezultatul e desăvârşit: boloavul merge şi se serveşte de membrul operat ca de membrul sănătos; flexiunea genunchiului de partea operată, se face în unghiu ascuţit; radiographia arată că lamboul osos transplantat, a luat volumul osului normal: abia dacă se distinge prin o uşoară scobitură cele două puncte pe implantaţie. Nu a fost recidivă. E adevărat că a fost chestiunea unui sarcom periostic, înconjurând femurul, a cărui segment rezecat părea absolut sanătos la tăetură.

Care este rolul şi evoluţia fragmentului osos transplantat? Chestiunea nu poate fi rezolvată în acest caz, de oarece a avut loc vindecrea; der ea a fost pusă anterior şi mai ales în cazul lui Laewen (Archiv für chlinische Chirurgie) examenul histologic el unei autoplastii osoase, a putut să fie făcută la trei luni după operaţie; osul transplantat moare după ce a servit de tutor momentan; periostul transplantat face osul din nou, care se substitue încetul cu încetul lamboului osos, se sudează la cele două | extremităţi ale osului, care a suferit rezecţia şi restabileşte continuitatea osoasă.

A. PONCET et R. LERICHE. — **Tuberculose inflamatoire de l'apparcil utéro-annexiel.** *Bulletin et memoires de l'Académie de Medicine* 1910, No. . . pag. . .

In afară de tuberculosa utero-anexială tipică, există o întreagă serie de manifestaţinni anatomo-clinice care traduc o tuberculosă inflamatorie, şi care, altă dată erau puse pe socoteala artritismului sau a scrofulei. Uneori putem găsi lesiuni isolate ale uterului. trompelor, sau ovarelor, dar cele mai adesea este vorba de o sclerosă utero-anexială totală. Simptomatologia este aproape identică cu acea a scleroselor neuroartritice descrise de Richelot. Adesea, la autopsia tuberculoşilor se găseşte tipul de metrită banală cu colul mare, (Cottc), ovarita micropolykystică, salpingită fibroasă sau hydrosalpinxul. Aceste afecţiuni, în aparenţă aşa de diferite, în realitate sunt cele mai adesea mafniestaţiuni ale tuberculosei inflamatoare. Ele nu conţin bacili tuberculoşi şi nici nu dau tuberculosa prin inoculaţie, dar acelaşi lucru se petrece cu lesiunile parasifilitice. Simptomatologia poate fi şi ea foarte variată: dureri pelviene, metroragii, leucoree, turburări menstruale. Rezultatele terapeutice favorabile obţinute de către Hollos, tratându-le prin corpii [isunisaţi] ai lui Spengler par să stabilească natura lor tuberculoasă.

In special interesante sunt de studiat lesiunile inflamatorii ale ovarului. Sclerosa tuberculoasă înăbuşe foliculul lui Graff, face să avorteze corpul galben şi dă aci o serie de turburări rezultând din insuficienţa secreţiunei interne a ovarului. Fisiologia corpului galben ne pune în măsură a le prevede şi ne explică pentru ce cele tuberculoase sunt adesea infantile şi nedesvoltate, pentru ce la ele amenorea şi dismenorea sunt frequente, pentru ce în fine în cas de graviditate, abortul se provoacă uşor.

G.

G. HOTZ (Wurzbourg).— **Asupra transfuziunei sângelui la om.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1910, Bd. 104. h 5—6, s. 603—014. Hotz a practicat transfuzia sângelui la 5 bolnavi, suturând direct la o venă a bolnavului artera individului, care ne furniseazǎ sângele. A întrebuinţat totdeauna următoarea technică. Ambii indivizi erau culcaţi pe două paturi de operaţie aprepiate şi separate de o măsuţă pe care se aşeza mâna individului, care ne furnisează sângele şi antebraţul bolnavului. Artera radială a primului individ era denudată pe o întindere de 5 cm. la nivelul gutierei radiale. Apoi se proceda pe al doilea individ la izolarea uneia dintre vinele antebraţului, de cele mai dese ori vena mediană. După sutura celor două vase şi hemostaza temporală [prin clampe, H. sutura cap în cap cele două vase urmând technica lui Correl Steh. După ablaţia clampelor se vedea unda arterială pătrunzând în vâna care prezenta bătăi sistolice. H aprecia indirect cantitatea de sânge transfuzat, luând presiunea arterială a individului furnizor. In regulă generală, această presiune nu variază în timpul primului sfert de oră, apoi cade brusc pentru a trece după o jumătate de oră dela 125 mm. Hg, cifră normală, la 100—95. S'a servit pentru aceste măsurători de aparatul lui Recklingshensen; el oprea transfuzia când atingea cifra de 95.

Cele 5 cazuri în cari H, a practicat transfuzia directă sunt următoarele: o bolnavă având o hemoragie gravă în urma unei nephrectomii: un hemophil epuizat prin epistaxis repetate; o femee foarte slăbită de o amputaţie a sânului cu rezecţia întinsă a peretelui toracic; un bolnav slăbit de o gasterectomie dificilă; o gastroenteroztomoză pentru ulcer, provocând hematemeze repetate; injecţiile de serum artificial rămăseseră fără efect sau păreau contra-indicate.

In toate cazurile transfuzia aducea o amelioraţie imediată; H. nu constată hemoglobinurie decât în cazul bolnavului hemophilic. Această inocuitate a transfuziei este interesantă de opus constatărilor lui Ehrlich, care consideră că orice serum a unui individ normal aglutinează globulele unui individ diferit. H conchide din observaţiile sale că atunci când transfuzia este indicată, metoda directă prin sutura vasculară este procedeul cel mai potrivit.

SCHLICHTING, FRITZ. — **Über das harte traumatische Handrückenödem.** (Despre edemul dur al dosului mânei de origină traumatică). *(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 105 Heft 3—4, 1910, s. 315—324).* — Observaţia lui Schlichting este un caz tip de edem dur traumatic a feţei dorsale a mânei şi constitue un document foarte interecant pentru istoricul foarte obscur al acestei curioase afecţiuni.

Bolnavul primeşte pe faţa dorsală a mânei stângi lovitura unui corp metalic greu, a cărui margine ascuţită produce o plagă superficială a tegumentelor. Plaga se vindecă după 3 săptămâni, rămânând o tumefăcţie la nivelul ei şi se prescriu masage şi duşuri cu aer încălzit. Dar aceete duşuri îi provoacă o arsură a feţei dorsale a antebraţului, care sileşte pe bolnav să înceteze ori-ce tratament activ.

Schlichting vede bolnavul 6 luni după accident. Constată existenţa unui edem care ocupă faţa dorsală a mânei stângi şi care se întinde pe faţa corespunzătoare a celor patru ultime degete. Edemul e dur, fără roşeaţa trgumentelor. Nu e sensibili la presiune. Mişcările active ale degetelor sunt foarte reduse. De asemenea mobilitatea pumnului mult diminuată. La examenul radiografic se găseşte o zonă sombră la nivelul părţei mijlocii a celui al 3-lea metacarpian. Prin palpaţie se constată la acest nivel o induraţie marcantă.

S. practică o incizie verticală la nivelul celui al 3-lea metacarpian. Dă de un oedem palid, translucid. La nivelul zonei centrale, mai indurată descoperă o pungă seroasă, întinsă de un lichid clar, sub tendoanele extensorilor. Se observă şi o îngroşare a periostului celui al 3-lea metacarpian.

S. extirpă corpul acestuia şi-l înlocui cu un lambou periostic împrumutat de la cubitus. Operaţia nu reuşi — edemul se mări, cu el şi impotenţa funcţională.

S. explică că afecţiunea este rezultatul fricţiunilor repetate ale feţei dorsale a mânei, opiniune pe care Paty a emis-o în cazuri analoage.

E foarte important acest mod de a vedea, din punct de vedere medico-legal.

MAKKAS (Bonn). **Asupra alegerei modului de intervenţiune în tratamentul litiasei renale.** *(Deutsche Zeitschrift für chirurgie.* Bd. 105, h. 3—6, s 374—390. Lucrarea aceasta pledează în favoarea pielotomie care este considerată, în clinica lui Garré, ca operaţiunea de alegere în cazurile de litiază renală.

In ultimii ani s'au practicat în această clinică 30 de intervenţiuni pentru litiază renală şi anume: 11 pielotomii, o nefro-pielotomie, 8 nefrotomii, 6 nefrectomii, 4 ureterotomii. Lăsând la o parte ultimele două feluri de intervenţiuni, vedem că Garré a recurs mai mult la pielotomie. El rezervă nefrotomia pentru calculi voluminoşi şi ramificaţi, şi pentru calculi parenchimatoşi. Garré practică încă nefrotomia când e vorba de o pionefroză sau de un basinet mic şi retractat. In toate cele-lalte cazuri el practică pielotomia. Se căsneşte să suturəze incizia basinetului prin 3 planuri de sutură. Din 11 cazuri n'a fost decât un singur deces şi anume un bolnav operat în stare de anurie. Din cei-lalţi 10, 8 al căror basinet a fost suturat, au fost vindecaţi fără fistulă iar 2, al căror basinet a fost drenat, traectul s'a închis, la unul după 9, la altul după 50 zile de la operaţie.

BIRCHER (Bâle). **Asupra producţiunei experimentală a guşei şi contribuţiune la studiul său histogenic.** *Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1910.* Bd. 103, h. 3—6, s. 276—364. — Memoriul acesta este o lucrare foarte docmentată şi foarte interesantă, în care e vorba despre producerea experimentală a guşei. Experienţele s'au făcut pe câini, pisici, şoareci, cobai şi maimuţe tinere. Li s'a dat acestor animale să bea apă din isvorul de la Rupperswil. Pentru evitarea (greşelilor) erorilor, s'au adus animale din regiuni în care nu bântuia afecţiunea aceasta. Constatarea guşei a fost făcută anatomiceşte şi complectată printr'un examen biologic.

Din aceste cercetări, Bircher conchide că se poate produce experimental hipertrofia tiroidiană, dând animalelor să bea apă din isvoarele cunoscute că producătoare de guşe de om. Proporţiunile sunt variabile; indivizii tineri sunt mai sensibili ca cei bătrâni. Filtrarea apei nu-i suprină proprietatea aceasta; de asemenea, dacă animalul ingerează rezidiul de pe filtru, nu se obţine hipertrofia corpului tiroid. Prin urmare agentul maladiei nu este un element figurat ci o toxină, care dispare prin fierbere.

Constatările istologice făcute asupra guşei experimentale, confirmă rezultatele obţinute de Hitzig şi Michaud la om, şi sunt în contradicţie cu teoria lui Wölfler.

R. LERICHE et G. COTTE.—**Glassification et pathogénie des tumeurs des mâchiores d'origine dentaire.** *Revue de Chirurgie, 1910, No. 6, pag. 1037-1051.* Clasificaţiunea tumorilor de origină dentară ale maxilarelor, a rămas până acum destul de confusă şi complexă, datorită faptului că toţi au păstrat terminologia învechită care nu mai are altă însemnătate de cât istorică.

Autorii, au căutat să stabilească o clasificaţiune simplă, bazată pe datele anatomo-pathologice actuale, fără să mai ţină seamă de încercările anterioare.

Leriche şi Cotte, pleacă de la idea că există fisiologiceşte în maxilarele omului o inclusiune embrionară hipodermică, din care, o parte este utilizată pentru cele două dentiţiuni succesive normale, iar altă parte rămâne în aceiaşi stare embrionară (pentru a treia dentiţiune bidermică), sau ca un rest neîntrebuinţat (resturparadentare monodermice făcute din epiteliul pavimentos, cilindric sau adamantin). Sub influenţa unor cauze neprecizate (iritaţie mecanică sau infecţioasă) diferitelə părţi ale acestei inclusiuni embrionare, pot să intre în proliferare neoplasică şi ast-fel se nasc tumorile de origine dentară.

In acest procesus, fie-care element poate fi actionat singur sau împreună cu vecinul său : proliferaţiunea poate fi monodermică (epitelială ori conjonctivă) sau bidermică (mixtă). Proliferarea epitelială poate fi, pavimentoasă, cilindrică sau adamantină; cea conjonctivă poate de asemenea să fie : fibroasă, banală, myxoidă Tumoarea mixtă va comporta asociaţiuni variabile şi în proporţiuni diverse a elementelor precitate : combinaţie adamantodentoidă, adamanto-myxoidă, etc.

Aşa dar, toate tumorile născute din muguri dentari devin tumori congenitale prin inclusiune embrionară; având caracteristicile embrionare, ele sunt deci embriome simple, mono sau bidermice. Pe acestea le-au numit ei *enclavome dentare*.

Autorii arată cum această concepţiune este aplicabilă la toate cazurile, şi o întind chiar asupra kystelor maxilarelor. Echivalente cu tumorile solide, acestea nu sunt de cât enclavome : Invelişul lor intern este când pavimentos stratificat, când cilindric, când — şi cele mai adesea — format de celule adamantine stelate. S'a găsit aci globi epidermici, blocuri de smalţ, dentină; ele sunt deci mono sau bidermice. Identitatea lor cu tumorile solide este perfectă.

Din punct de vedere istogenetic s'a inventat pentru explicarea lor, o teorie foliculară, o teorie paradentară şi o teorie gingivală.

Dacă ne gândim un moment la evoluţiunea aparatului dentar, vom vedea că acordul între teorii este toarte uşor, căci nu este nici o diferenţă între foliculul dintelui de înlocuire, resturile paradentare şi epiteliul gingival : toate au aceiaşi origină epitelială. Debriurile epiteliale ale gingiei au aceiaşi valoare ca şi debriurile epiteliale profunde cari reprezintă mugurele avortat al celei de a treia sau a patra dentiţiune. Afară de câte-va mici diferenţe istologice, ele au aceiaşi posibilitate de proliferaţiune şi aceleaşi aptitudini neoplasice. Apoi nici între foliculul temporar a-dentiţiunei a doua şi nici între mugurele rămas în repaos al dentiţiunei a treia, iarăşi nu este nici o diferenţă. Şi unul şi celalt sunt susceptibili de o dezvoltare kystică.

Trebue deci să admitem că kystele epiteliale ale maxilarelor, tumori de incluziune embrionară, pot să nască fie din foliculul dentar, fie din debriuri paradentare, fie din epiteliul gingival. După cazuri, acestea sunt enclavome mono sau bidermice.

Incheind lucrarea lor, d-nii Leriche şi Cotte, arată că toate kystele acestea pot să fie dentifere, iar clasificaţiunea bazată pe prezenţa sau absenţa unui dinte în interiorul lor, nu însemnează nimic din punct de vedere pathogenic. G.

RIESE. — **Emoragia intestinală în apendicită.** *(Mediz. Klinik.* fasc. 27 p., 1050—1054 3 Iulie 1910). Cauza ordinară a acestor emoragii este tromboza; une ori fiind că supuraţia a produs eroziuni vasculare sau încă cea produsă în caecum puţin timp după operaţie.

Emoragiile intestinale pot să apară ca singura manifestare a apendicitei, provocând astfel erori de diagnostic. In două cazuri a lui Spengel şi a lui Thompson, curgerea sanguină s'a produs a 17 zi după o periodă febrilă, care se acuza de febră tifoidă, cu tot sero-diagnosticul negativ; după câte va zile bolnavul sucombă şi în ambele cazuri autopsia ne descoperi un abces de origină apendiculară; origina emoragiei n'a fost stabilită tot deauna. Din 1600 cazuri personale a observat de două ori emoragii intestinale foarte grave.

In primul caz, un om de 42 ani, care după 28 zile de boală diagnosticată ca lithiasă biliară, avu o emoragie întovărăşită de dureri vii şi vărsături, aceleaşi fenomene s'au conservat timp de 3 zile cu temperatură ridicată; bolnavul e în colapsus; la flancul drept se simte o tumefacţie fluctuentă, mare cât un cap de copil, sediul retrococcal. Emoragiile se opresc după a zecea zi cu injecţii de gelatină, de serum, cu pungă de gheaţă. Operaţia, făcută după o lună, ne descoperi un abces mare ca o nucă, şi tromboza venulelor mezo-caecului, din nenorocire artera illeocolică a fost ruptă, fu legată, dar după 8 zile, caecul s'a gangrenat şi rana fu din nou deschisă larg; a doua zi, porţiunea gangrenată, lungă de 20 cm. fu desprinsă şi fu aşezat un mare dren în lumină intestinală. O lună mai târziu nu mai era de cât o fistulă stercorală, care peste alte 2 luni se închise difinitiv. R. spune „ceea ce ne arată că nu trebue să ne grăbim de a interveni în cazuri analoage."

Al doilea caz e o bolnavă de 27 de ani, suferindă de 16 zile, cu diagnosticul de apendicită. Era o tumoare în regiunea lombară dreaptă, luată drept o pyelonephrită, căci avea puroi în urină. După trei săptămâni se produce o abondentă emoragie prin anus, urmată de a doua, care provoacă un collapsus. Timp de câteva zile, temperatura se menţine ridicată, cu întărirea păretului abdominal şi tenesme, urina se limpezeşte; tumoarea nu se mai simte; temperatura cade şi semnele apendicitei cu durere localizată devin clare. Apendicectomia, făcută după 75 zile, ne arată leziuni de inflamaţie cronică.

R. raportă pyelita la această afecţiune; el explică emoragiile prin trombozele în păreţi intestinali cu mici ulceraţii consecutive; nu e de părere că trebue să le atribuim colitei, căci în acest caz ar fi provocat o adenită mezenterică, care n'a fost constatată.

După aceste cazuri cea mai mare greutate de dignostic e de a distinge aceste emoragii apendiculare de emoragiile typhice, cea ce se va stabili prin examenul sângelui şi prin numărarea leucocytelor.

MARTINOW (MOSCOVA).—**Intervenţiunea asupra rinichiului în formă de potcoavă.** *Zentralblatt für Chirurgie Bd. 37 No. 9 s. 314—316.* O femee de 49 de ani se plângea, încă din copilărie, de sensaţiuni pulsatile neplăcute în abdomen De câţiva ani suferea de constipaţie şi avea accese dureroase localizate de asupra ombilicului. Din cauza durerilor continue, bolnava a devenit nervoasă şi mult timp a fost tratată ca o isterică.

La examen se simţea, puţin deasupra ombilicului, o tumoare; regiunea aortică şi cecală erau dureroase la presiune; câte odată tumoarea se mărea în volum şi pulsaţiunile aortei deveneau mai puternice şi mai penibile pentru bolnavă. Regiunea renală era insensibilă. Bolnava a fost operată la 9 Martie 1909. Se dă de o tumoare retroperitoneală care reuneşte cei doi riuichi comprimând aorta. Fiecare rinichi avea ureterul său. După incizia peritoneului, porţiunea mediană a rinichiului în formă de potcoavă a fost secţionată între două pense; atunci fiecare jumătate a rinichiului a intrat în fosa lombară iar aorta a rămas liberă. Hemostaza s'a făcut cu fire de catgut; s'a suturat peritoneul şi s'a închis abdomenul. Vindecare fără incident.

Din această observaţiune nu se poate conchide că toţi rinichii în formă de potcoavă pot fi separaţi aşa de uşor; această intervenţie arată, însă, rezultatele pe care le poate obţine chirurgul în turburările produse de această anomalie renală.

GŒBEL (Kiel).—**Tratamentul operator de incontinenţă congenitară a urinei** *(Comunicaţie la al XXXIX Congres german de Chirurgie, Berlin, în Zentralblatt für Chirurgie* No. 31, pag. 108, Martie, Aprilie 1910). G. a practicat în două cazuri de incontinenţă congenitală, reconstituirea sfincterului vezical prin ajutorul muschilor piramidali; rezultatele au fost favorabile. Technica întrebuinţată a fost următoarea:

Incizia transversală a lui Phannenstiel divizând pielea şi aponevroza; aceasta e disecată în sus şi în jos şi se separă unul de altul cei doi muşchi drepţi deasupra piramidalilor. De fie-care parte, piramidalul este izolat de muşchiul drept. păstrând vasele şi nervii, cari inervează muşchiul de la bază. Apoi se disecă, fără a deschide peritoneul, vezica şi colul vezical, separându-i cu îngrijire de vagin. Ce doi muşchi piramidali sunt astfel îndepărtaţi unul de altul pe linia mediană şi se trece un fir în vârful fie-căruia din aceşti muşchi. Apoi se încrucişează deasupra colului vezicăi, se trece de fie-care parte, cu acul lui Deschamp, cele două fire, cari trag vârful muşchilor, între colul vezical şi vagin şi se înoadă: colul e înconjurat ast-fel de un inel format de fibrele muşchilor piramidali. Sutura planurilor superficiali; drenaj; sondaj.

Medicină experimentală

G. de AGOSTINI. — **Cercetări asupra meiostagminreacţiunei în tumorile maligne.** *Med. Klinik*, 29—910. Reacţiunea cunoscută sub acest nume a fost imaginată de Ascoli şi mai ales în sifilis. Este vorba de o diminuţiune a tensiunei superficiale a amestecului de ser sifilitic cu antigen sifilitic, de exemplu, faţă de un amestec în aceleaşi proporţii de antigen sifilitic cu ser normal. Tensiunea superficială este măsurată cu ajutorul stalagmomentrului lui Traube.

Ascoli a încercat această reacţiune şi în tumorile maligne.

Agostini întrebuinţează un antigen extras cu alcool-eter din tumoră, melignă, uscat şi apoi emulzionat în apă.

Autorul cercetează această reacţiune în 27 de cazuri şi ajunge la concluziunea că el constitue un mijloc de diagnostic preţios. Confirmă deci cercetările lui Ascoli şi Jzar în această privinţă. **DANIELOPOL.**

GÖRL (Nüremberg). — **Sterilizarea femeiei prin razele Roentgen.** (*Münch med. Woch.* 34, 1910. Cercetări pe 9 bolnave. La două s'a produs numai o ameliorare. La altele (55 şi 56 ani). 15 şi 18 şedinţe au provocat încetarea menstruilor şi dispariţia turburărilor nervoase, ameliorare care a ţinut un an, aşa în cât se poate vorbi de o vindecare.

In 4 cazuri de hemoragii abundente prin miome uterin, rezultatele au fost excelente.

Tratamentul nu este periculos şi deşi autorul făcut în unele cazuri până la 80 de şedinţe, nici un accident cutanat nu s'a produs. **DANIELOPOLU.**

OLUF. THOMSEN. — **Insemnătatea r. lui Wassermann cu laptele de femeie pentru alegerea unei doici.** (*Berl-Klein Woch.* 38, 1910. Citron crede că este obligator pentru alegerea unei doici a face reacţiunea Wasserman.

După Thomsen reacţiunea trebuie făcută şi cu ser şi cu lapte. Reacţiunea pozitivă în ser are aceeaşi însemnătate ca în toate cele-lalte cazuri, adică demonstră existenţa unui sifilis activ. Reacţiunea negativă însă nu are mare valoare.

Reacţiunea pozitivă cu lapte nu are valoare de cât dacă doza de lapte necesară pentru a obţine fixaţiune completă este sub 0,1 cc., de oare-ce deasupra acestei doze chiar laptele normal poate da reacţiunea.

Chiar cu 0,1 cc. încă reacţiunea este rară la normali.

Pe când cu ser negativitatea reacţiunei n'are mare valoare, cu lapte ea ne dă un indiciu important când este vorba de ales o doică, de oare-ce nu putem bănui ca pentru reacţiunea cu ser că femeea a urmat un tratament mercurial înainte, acesta având o foarte slabă acţiune asupra proprietăţei fixatoare a laptelui.

DANIELOPOLU.

OLAF THOMSEN. — **Reacţiunea Wassermann cu lapte.** (*Berl-Klin Wach.*, 46, 1908. Bab în 1907, obţine reacţiunea pozitivă cu laptele a trei sifilitice şi negativă cu laptele normal.

Thomsen atrage atenţiunea că reacţiunea este intens-pozitivă în ultimele zile ale gestaţiunei şi în cele d'intâi 2—3 zile după facere dacă femeea alăptează, apoi diminuă şi dispare în a 5—6-a zi.

Dacă femeea nu alăptează, reacţia durează până a 8-a—18-a zi după facere.

In unele cazuri reacţia este pozitivă cu lapte şi negativ cu serul sanguin.

Partea dificilă este următoarea: reacţiunea este une-ori pozitivă (9 din 46 mame nesifilitice) şi la normale. Ea este însă mult mai puţin pronunţată.

Reacţiunea lui Wasserman, întrebuinţând mai puţin ca 0,1 cc. lapte, este pozitivă însă numai la mamele sifilitice.

L. LALTES. — **Ueber den Einfluss, den dass im Blute zirkulierende Fett auf die Giftwirkung des Chloroforms ausübt.** (*Münchener med. Woch.*, No. 40, 1910). A lucrat pe animale la cari a produs narcosa pe cale intravenoasă cu şi fără grăsime în soluţia de injectat şi ajunge la următoarele concluziuni:

1. Ridicarea procentului de grăsime în sânge aduce o micşorare a cantităţei de cloroform necesare pentru a produce narcosa, şi cu aceasta o urcare a acţiunei toxice a cloroformului.

2. Ţesuturile grase a corpului atrag o cantitate cu mult mai mică de cloroform, când în sânge circulă un exces de grăsime. C. I. URECHE.

A. NEGRI E C. GOZZI. — **Sul potesc di rigenerazione delle cellule della ghiandola panatiroide.** (*Pathologica*, 1910, Vol. II, No. 35). Din cercetările autorilor reesă că la câinii adulţi puterea de regenerare a celulelor paratiroidiene este slabă. In urma alteraţiunei sau extirpărei parţiale a glandei, celulele rămase proliferează. Acest proces merge în mod tipic şi constant aşa că dintr'o celulă iau naştere două cari posedă forma şi structura celulei de origină. In unele cazuri puterea proliferativă este slabă, dar evidentă totuşi. C. I. URECHE.

H. WERNER. — **Das Ehrlich-Hata-Mittel bei Malaria.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1910, No. 39). Ar fi obţinut bune rezultate în 22 casuri.

Acţiunea parasitotropă era în special mai puternică în febra terţă de cât în cea tropicală.

In urma unei singure injecţiuni de 0.6 gr. parasiţii febrei terţe dispăreau din sânge şi nu mai reapăreau mai multe săptămâni. In formele tropicale resultate numai în jumătatea cazurilor, la cari însă parasiţii şi febra reapăreau după puţine zile. Crede întrebuinţarea substanţei nimerită în cazurile în cari chinina are o acţiune prea slabă sau nu este suportată. C. I. URECHE.

ALBERT SALMON. — **Le sommeil pathologique.** (*Revue de médecine*, 1910 No. 9). Somnul normal survine unui uşor grad de intoxicaţie, care este produsă în urma diferitelor schimburi nutritive. In stare normală aceste producte toxice sunt neutralisate în mare parte de glandele vasculare sanguine, — în special de hipofisă. Când avem o supraproducţiune de substanţe toxice sau o insuficienţă a glandelor vasculare sanguine, în special a hipofisei, somnul se abate de la regulile lui normale. Autorul ne aduce numeroase şi sugestive fapte clinice şi microscopice în favoarea acestei teorii. C. I. URECHE.

GUIDO GUERRINI. — **De quelqes substances contenues dans le serum sanguin des animaux fatigués.** (*Journal de Physiologie et de Pathologie gén.*, No. 5, 1910). Plecând de la preemisa că: organismele obosite prezintă o mai mică resistenţă la acţiunea germenelor patogeni şi că în organismele obosite se formează materii de natură anormală (substanţe panogene, chenotoxine etc.) experimentează pe epurei pe cari îi oboseşte prin faradisare şi ajunge la următoarele conclusiuni:

1. Leucociţii, cari au fost ţinuţi în contact cu serul animalelor obosite, presintă o remarcabilă diminuare a indexului fagocitar.

2. Faptul menţionat mai sus trebue atribuit fără îndoială la o acţiune provocată de serul animalelor obosite.

3. Diminuarea indexului fagocitar este cu atât mai mare cu cât perioada totală de oboseală a fost mai lungă.

Rămâne a se şti care dintre substanţele ce se acumulează în organismele obosite posedă în cel mai înalt grad (sau exclusiv) puterea inhibitorie în chestiune.

C. I. URECHE.

A. PASINI. — **Sulla reazione della deviazione del complemento nella lepra.** *(Giornale l'Ospedale Maggiore,* Marzo 1910). A aplicat această reacţie în cazuri de lepră tuberculoasă, — în ser, lichid cefalo-rachidian şi urină din cele trei seruri două au fost positive. Lichidul cefalo-rachidian positiv într'un sigur caz. Reacţiunea ei e aceeaşi fie că întrebuinţa ca antigen noduli leproşi sau ficat sifilitic sau cord de cobai. Pe cele trei rezultate pozitive cu urină nu contează dat fiind că deviarea complementului a găsit-o pozitivă pe 85 % din indivizii sănătoşi.

C. I. URECHE.

KARL GREOEN. — **Beginn und Dauer der Arsenanscheidung im Urin nach Anwendung des Ehrlich-Hataschen Preparates Dioxidiamidoarsenobenzol.** *(Münchener Med. Wochenschr.,* 4 October 1910).

Eliminarea se face în cea mai mare parte prin urină şi prea puţin prin fecale. A întrebuinţat procedeul lui Gosio.

Pe un lot de 15 bolnavi cu sifilis secundar a observat că eliminarea începe a se face foarte repede (15—1 oră). Urina era analizată după emisiunea spontană. Injecţiunile a fost făcute intramuscular şi subcutan. Când se făcea în acelaş timp şi mercur debutul eliminării se făcea ceva mai târziu.

Durata eliminaţiunei dura între 14 şi 18 zile, când arsenobenzolul era injectat singur, iar când se făcea şi mercur între 20—25 zile.

Apoi autorul injectează la 8 epuri doze de 0.02 ctgr. pe kilogram. La un ceas după aceia urina tuturor conţinea arsenic. Durata eliminărei era de 10 zile, iar când se făcea şi calomel de 13 zile. Când se administra şi iodur de potasiu eliminarea se făcea numai în 6 zile.

Eliminarea începe mai curând după injecţiile subcutane de cât după cele intramusculare (Depotwirkung).

C. I. URECHE

HEINRICH CITRON und PAUL MULZER. — **Ueber die Herstellung gebrauchsfertiger Lösungen von Dioxydiamido-arsenobenzol** Ehrlich-Hata 606). *(Medizin. Klinik,* No. 39, 1910). Intr'o siringă Record de o capacitate de 15 cmc., se pune şi se solvă pulberea cu câteva picături de alcool; se adaogă apă caldă destilată până la diviziunea 5 şi se agită bine; apoi se adaogă 40 picături dintr'o soluţie 10 % de carbonat de calciu în ser fisiologic şi se agită puternic. Rezultă o emulsie ce se injectează.

C. I. URECHE.

BANDY. — **Ueber eine neue Eiweissprobe für die Cerebrospinalflüssigkeit.** *(Neurologisches Zentralbl.,* No. 17, 1910). La un cmc. de acid fenic concentrat se adaogă o picătură de lichid cefalo-rachidian. Când în lichid există globuline se produce o turbureală albă ca un nor. Pe 117 cazuri de paralizie 106 au reacţionat intens pozitiv, 7 slav şi 4 negativ. Cazurile negative sunt paralisii generale staţionare la cari şi proba lui Wassermann era negativă. Pe 133 bolnavi neparalitici, de 5 ori intens pozitivă, 14 ori slab pozitivă. In aceste cazuri trebue să bănuim sifilisul.

C. I. URECHE.

COURCOUX et L. RIBADEAU-DUMAS. — **Recherches expérimentales sur les hepatites sclereuses tuberculeuses.** Chestiunea hepatitelor tuberculoase umane a dat naştere la multe interpretaţiuni, în ceeace priveşte patogenia lor. La început deşi Hanot spunea că „există o ciroză tuberculoasă cu ascită“ totuşi foarte mulţi clinicieni puneau ca cauză predominantă a cirozei, alcoolismul. Mai în urmă rolul tuberculozei a fost considerat mai cu seamă. După leziunele histopatologice e greu azi de a spune adevărata boală a unui organ. Ori-ce agent infecţios sau toxic e capabil să determine leziuni acute, sub-acute şi cronice, şi să atace în acelaş timp cu parenchimul şi ţesutul conjonctiv al organului. Bacilul tuberculos pe lângă cunoscutele leziuni specifice, determină şi leziuni inflamatorii banale. Dacă leziunele banale sunt determinate de foarte mulţi agenţi toxico infecţioşi, sunt şi cele specifice — asemănătoare tubercului — produse de câţi-va agenţi patologici; spre a se limpezi chestiunea hepatitelor tuberculoase, experimentatorii au căutat să vadă, care părţi din bacil, şi cum anume produc leziunele la animale, spre a se deduce asemănarea la om. — Hannot şi Gilbert cei dintâiu au văzut că la animale ca cobaii sunt ciroze tuberculoase primitive — animalele nesuferind nici o injecţiune.

Au mai observat că ciroza tuberculoasă a animalelor e datorită fie virulenţei atenuate a bacilului, fie schimbărei rezistenţei organizmului animalului, injectat fiind mai înainte cu tuberculină.

La cobaii injectaţi cu tuberculoză umană ei spun că se face o scleroză perilobulară şi intralobulară. La periferia lobulului sunt tuberculi care sufăr o transformare fibroasă. Mai observă în acelaş timp o steatoză a celulelor hepatice. Ei obţin ciroze pur granuloase.

Bacilul Koch determină noduli în locul, unde se aşează, iar în ţesuturile de prin prejur el determină o scleroză, prin iritaţia făcută de tuberculină.

Gougerot susţine că la animale, la care a experimentat el, a observat o ciroză cu steatoză parenchimatoasă, o ciroză banală fără tuberculi specifici şi prin urmare fără nodulii fibroşi consecutivi celor dintâiu, a observat o scleroză insulară, intralobulară. E posibil însă ca leziunele cirotice să fie o urmare a leziunelor vasculare şi biliare din ficat. Cunoscută e ciroza lui Charcot şi Gombault, obţinută prin legarea canalului coledoc. Mai trebue de observat ca animalele injectate să nu sufere de paraziţi, care ar fi capabili să determine asemenea leziuni: de pildă coccidioza la epuri. Courcoux şi Ribadeau-Dumas au căutat să vadă şi ei experimental această chestiune a hepatitelor. De luat în consideraţiune spun ei, că njecţiunele să se facă cu corpi bacilari, căci tuberculina determină leziuni parenchimatoase şi foarte puţină scleroză. Substanţele injectate au fost eter-bacilina şi cloroform-bacilina, substanţe preparate de Auclair.

Injecţiunele le-au făcut la epure. Cu ether-bacilina au căpătat în jurul venelor parte nişte noduli formaţi din limfocite, şi unde nu existau celule gigante. Cu cloroform-bacilina se produceau tuberculi fie în plin lobul, fie în spaţiul port. Nodulii din lobul hepatic la animalele sacrificate după puţin timp de la injecţie aveau centrul caseos şi periferia fibroasă. La animalele sacrificate mai târziu erau toţi nodulii transformaţi într'un ţesut fibros. Ei n'au observat leziuni ale parenchimului. Se vede prin urmare cât e de greu de a stabili experimental leziunele determinate de bacilul Koch. După cum se vede acest bacil e capabil să producă mai multe feluri de leziuni şi acestea se manifestă din diferite cauze necunoscute în diferite feluri.

Pe urmă substanţa injectată, până îşi exercită influenţa ei sufere mai multe transformări aşa că adevărata substanţă influenţată nu-i uşor de cunoscut. Experienţa la animale de multe ori ne pune pe cale, dar mai rămâne de cunoscut pînă la interpretarea adevăratei leziuni umane.

N. L.

Anatomia patologică

L. HOCHE. — **Des corps libres des séreuses viscérales et plus particulièrement du Péritoine.** *(Archives de médécine experimentale et l'anatomie Pathologique.)* In cavităţile seroase, cât şi în sinovialele articulare tendinoase în bursele seroase se pot găsi de multeori prin surprindere corpi liberi ai căror formaţiune de mulţi autori a fost discutată şi interpretată. In sinovialele şi bursele seroase sunt unii corpi liberi formaţi la periferie din materie de structură omogenă probabil de fibrină şi centrul din celule degenerate. Aceştia ar fi corpii riziformi, cei de natură tuberculoasă. Tot în sinoviale şi burse se mai găsesc corpi fibro-adipoşi, fibro-cartilaginoşi osoşi care nu ar fi de cât urme de procese vechi de artrită, urme de traumatism cartilaginos sau osos în diferite regiuni, în cavităţi seroase:

In cavitatea vaginală se găsesc de foarte multe-ori corpi străini. Reclus, Lejars, s'au ocupat în deosebi de chestie. De obicei în hidrocele şi în procesele inflamatorii ale vaginalei se găsesc aceşti corpi liberi, cu sediul mai ales în fundul de sac sub-epidedimai. Periferia corpului liber e formată din ţesut fibros, iar centrul din un lichid tulbure, granulos, une-ori cretan, aceştia sunt resturi de aderente sub formă de vilozităţi, căzuţi în cavitatea vaginală.

In peritoneu, de asemenea se găsesc ast-fel de corpi liberi.

Unii au centrul format din ţesut adipos, şi care nu-i de cât apendicele epiploic căzut (teoria lui Reid admisă de majoritate), periferia substanţa corticală a acestor corpi liberi după unii ca Robin, Vercoutre ar fi formată din fibrină, după alţii ca Darier din ţesut fibros. Autorul articolului a observat că pe lângă ţesutul fibros sunt şi celule conjonctive fuziforme mai ales spre profunzime, unde unele sunt chiar atinse de degenerescenţa granulo-grosoasă.

Aceste celule conjonctive, sunt colagene, ar avea proprietatea de a secreta fibrele ce constitue substanţa corticala a corpului liber. Aceste celule s'ar depune pe un apendice epiploic căzut şi ar secreta fibrele, celulele ar fi libere în cavitatea peritoreală. Ca corpi liberi s'au mai găsit în cavitatea peritoneală, ovare, salpinge, tumori pediculate ale intestinului şi rupte în urmă. In plevră şi pericard sunt foarte rari, sunt datoriţi falşelor membrane inglobate. Aceşti corpi liberi sunt nevătămători şi persoanele purtătoare nu atrag atenţia nimănui nefiind supărate de nimic.

N. LUPU

Terapeutică

HERXHEIMER şi SONNEFELD. — **Acţiunea arseno-benzolului asupra sifilisului.** *Med. Klinik*, 36, 1910. Cercetări asupra acţiunei medicamentului lui Ehrlich, dioxidiamidoarsenobenzol (606) asupra sifilisului.

N'a întrebuinţat nici o dată injecţiunile intra-venoase sau una intra-musculară urmată de alt intra-venoasă, după metoda lui Iversen.

Face numai injecţiuni intra-musculare (în fesa stângă numai, de oare-ce cea mai mare parte din indivizi obicinuindu-se să doarmă pe partea dreaptă) sau sub cutane în regiunea interscapulară.

Pe când cu soluţiunea acidă (606, 2—5 cmc. sol. deci normală de sodă) injecţiunea este tot de una foarte dureroasă, cu soluţiunea neutră, făcută în 10 cm.c. apă distilată, durerea nu durează mult şi este suportabilă.

Prohac şi Sabotka au observat într'o clinică din Praga, în trei cazuri retenţia de urină după injecţia de 606. Intr'un singur caz Herxheimer şi Sonnefeld au avut de înregistrat, dificultate în micţiune, turburare care a dispărut în 24 ore cu o baie caldă.

N'au observat nici o dată embolii, plecate dintr'un tromb format la punctul de injecţiune, cum a remarcat Hoffmann.

Doza a variat între 0,2 şi 0,5. Intr'un singur caz a injectat 0,6. La mai mulţi sugaci şi copii a injectat 0,02—0,05.

Pentru comparaţie autorii au injectat cazuri similare cu 0,10 centigr. calomel la fie-care 5 zile.

In şancru sifilitic (21 de cazuri) se obţine rezultate admirabile. In 2—28 zile a observat dispariţia şancrului. Intr'un caz, 18 zile după tratament nu se observa nici o ameliorare.

In 65 de cazuri de sifilis secundar rezultatele au fost excelent; în 2—5 zile erupţia dispare.

Cele mai frumoase rezultate se obţine în sifilisul malign şi în leziunile ţerţiare.

Foarte rapidă este acţiunea preparatului 606 asupra durerilor sifilitice osteocope. Intr'un caz durerile au dispărut după câte-va ceasuri.

Autorii au tratat 14 cazuri de sifilis terţiar, dintre cari cazuri de periostită sifilitică, gome ale limbei şi sifilis testicular, cu rezultate excelente. Intr'un caz de periostită leziunele s'a vindecat în 6 zile, în altul de glosită indurativă vindecarea s'a produs în 7 zile.

La un individ tuberculos cu sifilis testicular avansat, leziunea s'a ameliorat enorm în 8 zile. Acest bolnav nu se ameliorase de cât foarte puţin cu mercur.

In toate cazurile se observă hyperleucocitiză (până la 28.000), mai mare de cât după calomel (până la 18.000).

Din 21 de cazuri cu şancru, 3 avea Wassermann pozitiv. Toţi trei au prezintat W. negativ după tratament. Din cele negative la început, 4 au devenit pozitive pentru a deveni în urmă iarăşi negative.

In sifilisul secundar, în 30 de cazuri reacţiunea a devenit negativă, a rămas pozitivă în 16. In 4 cazuri reacţiunea a devenit negativă, a devenit pozitivă, 19 din cele negative au rămas negativ.

După cercetările de până acum, reacţiunea devine din pozitivă negativă, după 40—60 de zile.

In primele 24—48 ore după injecţiune de 606 se observă o reacţiune intensă din partea erupţiunei specifice, consistând în roşeaţă şi tumefacţiune. Această reacţiune, descrisă de Herxheimer, această acţiune puternică a arsenicului asupra leziunilor aminteşte reacţiunea focarului tuberculos la tuberculină.

Din 21 de cazuri cu erupţiuni secundară, reacţiunea lui H. a fost observată în 11 cazuri. Intr'un caz reacţiunea nu s'a arătat de cât după 5 zile (reacţiunea tardivă sau resorpţie tardivă ?) Până la publicarea acestui articol (3 luni şi jumătate de la începutul cercetărilor) n'au observat recidive, nici chiar la cei trataţi cu 0,3 gr.

Adaos la corectură: In intervalul de la darea lucrărei până la publicare, numărul celor trataţi cu 606 s'a urcat la 200, fără accidente. Intr'un caz a avut o recidivă (tratat cu 0,45).

DANIELOPOL.

KARL JUNKERMANN. — **Tratamentul sifilisului cu 606 (Ehrlich-Hate).** *(Med. Kliník, 1910, No. 35).* Rezultatul obţinut cu 606 în 25 de cazuri de sifilis. Autorul a obţinut rezultate excelente, fără nici un accident, chiar întrebuinzând doza de 0,60 ctg. la doi indivizi, cu o stare generală mediocră, a observat oarecari turburări cardiace şi sudori abundente. N'a avut de înregistrat niciodată leziuni ale sistemului nervos.

DANIELOPOL

ERICH HOFMANN.—**Tratamentul sifilisului cu 606. (E-H).** *(Med. Klinik., No. 33, 1910).* Autorul consideră descoperirea preparatului lui Ehrlich ca un mare progres în terapia sifitisului, însă nu se poate pronunţa până în prezent dacă o singură injecţiune poate steriliza definitiv. In unele cazuri spriochetul a dispărut în 24 de ore, dar în altele nici după 8 zile.

Rezultate excelente într'un caz de sifilis nazel cu ozena, în sifilisul malign şi într'un caz de leziuni sifilitică ulceroasă a feţei. In privinţa accidentelor, autorul este mai rezervat. Crede că 606 nu este lipsit de orice nocivitate. In mai multe cazuri a observat oarecari turburări cardiace, constând în tachicardie (140-160), dilataţia acută a inimei, fenomene ce au dispărut însă în câteva zile. Intr'un caz a observat albuminurie uşoară, niciodată leziuni ale nervului optic.

Toate aceste turburări n'au survenit decât la cei injectaţi cu soluţie acidă (insuficient neutralizată cu sodă caustică). Cu soluţiune neutră, autorul n'a observat nici un accident de felul acesta.

Intr'un caz în care a injectat 0.30 ctg. de preparat, în soluţiune acidă, s'a desvoltat în zilele următoare o pleuresie, pe care autorul o atribue reacţiunei plerale în urma unei embolii plecate dintr'un trolub format în fese.

DANIELOPOL

NEISSER.— **Tratamentul sifilisului cu 606.** *(Deutsche Med. Woche, 26, 910).* Numărul bolnavilor trataţi este prea mic şi perioada de observaţie prea mică pentru a putea conchide la sterilizarea completă a organismului. Noul preparat are o acţiune foarte rapidă atât asupra spirochetului cât şi asupra ţesutului sifilitic. O probă de acţiune directă a preparatului asupra leziunei este reacţiunea lui Herxheiner (reacţiune (roşeaţă, tamefacţie) a leziunilor sifilitice după injecţie). Dar este vorba aci de o omorâre a spirochetului sau de o excitare a lui pentru secretarea de substanțe toxice în mai mare cantitate? Chestiunea nu poate fi încă rezolvată.

In 10% din cazuri reacțiunea Wasserman a devenit, din pozirivă, negativă. Intr'un caz de șancru sifilitic (sprocheți în ulcer) cu reacție negativă, aceasta a devenit positivă.

In ce privește technica, Neisser este pentru injecția intra-venoasă. Autorul a observat recidive. Doza maximă întrebuințată 0,40 ctg.

DANIELOPOL

TRENPEL.—**Tratamentul sifilisului cu 606.** *(Münich Meo. Woche, No. 26, 1910).* 500 de cazuri, injectate o singură dată, în ambele fese. Rar a întrebuințat injecțiuni intra-venoase.

In afară de reacțiunea locală, nici un accident.

Eliminarea durează până la 12—14 zile. După injecția intra-venoasă din contră, Hata a arătat că nu durează mai mult de 2—3 zile. Autorul crede că această metodă rapidă nu constitue un avantagiu. In febra recurentă unde parazitul este în circulația generală mai mult, injecția intra-venoasă este suficientă. In sifilis însă este nevoe ca eliminsrea să se facă mai încet. După injecție temperatura se ridică până la 38—39, dar scade în primele 4—5 zile.

Tuberculoza nu constitue o contra-indicație a tratamentului. Acțiunea extrem de rapidă este evidentă, posibilitatea sterilizărei complecte cu o singură injecție nu se poate afirma.

DANIELOPOL

SCHREIBER. — **Tratamentul sifilisului cu 606.** *(Berlin Klin. Woche, 27, 1910).* Autorul face injecții intra-musculare (0,7) și intra-venoase (0,4—0,5). Obține rezultate excelente. Crede însă, ca și Trenpel, că după injecțiunea intra-venoasă eliminarea este prea rapidă.

DANIELOPOL.

EMIL GROSZ. — **Arsenobenzol (606) contra afecțiunilor oculare sifilitice.** *(Deutsche med: Woch.,* No. 37, 1910. De la început Erlich a recomandat să nu se injecteze preparatul său decât la indivizi cu ochii absolut intacți, condus de accidentele oculare în urma atoxilului, arsacetinei și spirarsilului (arseno-fenilglicin).

Autorul nu vede o adevărată contra-indicație decât în leziunile retinei și a nervului optic și crede că în afecțiunile sifilitice oculare 606 nu poate da nici un accident.

A făcut injecțiune de 606 în șancru sifilitic al conjunctivei, în trei cazuri de irită sif., unul de keratoirită sif., unul de sclerită, două chorioretinită de aceiași natură. Apoi în 6 cazuri de karatită parenchimetoasă sifilitică. In toate cazurile a avut rezultate excelente fără nici un accident.

DANIELOPOLU.

WECHSELMANN. — **Asupra injecțiunei repetate de dioxidiaminoarsenobenzol.** *(Deutsche med. Woch.,* 37, 1910. Chestiunea dacă se poate face două injecțiuni de 606 nu este încă resolvată. In primul rând experimentațiunea au avut frică de fenomene analoge celor anafilactice, în al doilea rând se presupune că a doua injecțiune nu ar avea efecte tot așa de demonstrative ca prima.

In mai multe cazuri de sifilis autorul a făcut o a doua injecțiune și ajunge la concluziunea următoare:

O reinjecţiune de 606 se poate face. Ea este eficace. Poate fi făcută chiar după 8 zile este mai bine însă, pentru ca să fie urmată de rezultate cât mai bune să fie făcută 3—4 săptămâni după prima. DANIELOPOLU.

FAVENTO. — **Ueber 156 mit Ehrlich-Hata 606 behandelte Fälle.** (*Münchener med., Woch.*, No. 40, 1910). A întrebuinţat metoda lui Wechselmann. In cele mai multe cazuri dureri ce dispăreau curând. In câte-va cazuri, durerile au durat mai multe zile.

Cazurile tratate au fost: 27 sifilom primar, 67 sifilis secundar, 2 sifilis malign precoce, 19 sifilis terţiar, 12 sifilis cerebral, 4 sifilis hereditar, 13 cu Wassermann pozitiv şi fără simptome evidente, 2 neuroretinită specifică, 8 parasifilis şi 2 cazuri de malaria Doza era de 0,5—0,6 gr. Rezultate excelente în toate cazurile cu excepţie pentru parasifilis şi malaria.

Sifiloamele primare, dispăreau în puţine zile, sifilidele în 8 zile în medie. Rezultate au fost excelente în formele maligne în cari mercurul nu era activ. Rezultate rapide şi bune în procesele terţiare.

Ridicări de temperatură a observat rare-ori. Albumină n'a fost găsită nici odată.

In trei cazuri exantem. Spirocheţii dispăreau între 2 şi 14 zile.

Proba lui Wassermann a fost cercetată.

A avut trei recidive. C. I. URECHE.

Psihiatrie

C. PARHON et C. URECHIE.—**Note sur la formule leucocytaire dans la manie et la melancolie.** *XX-e Congrês des médécins alienistes et neurologistes de France, etc. Bruxelles 1—8 Aout 1910.* Autorii găsesc foarte des creşterea numerică a mononuclearelor, fapt pe care-l apropie de cea observată în sindromul lui Basedov şi care li se pare a veni în favoarea teoriei ipertiroidiene sau prin perversiune tiroidiană a psihozelor mai sus citate, teorie susţinută de unul din ei, pe baza unor fapte de altă natură, în lucrări anterioare. A.

C. PARHON et G. DUMITRESCO. — **Note sur la teneur en calcium du sang et des centres nerveux dans l'insuffisance hypoïdienne.** *XX-e Congrès des medecins alinistes et neurologistes de France et de pays de langue francaise.* (Bruxelles 1—8 Aoüt 1910). In *Revu Neurologique* No. 16, 1910. Levi et Rothschild pe baza unor consideraţiuni teoretice (rolul sedativ al calcelui şi rolul glandei tiroide în metalolismul acestui element) au emis ipoteza că apatia mixedematoşilor ar putea fi în raport cu concentraţiunea ionilor calcici din centrii nervoşi. Cercetările autorilor n'au putut pune în evidenţă mai mult calciu în centrii nervoşi ai animalelor în insuficienţa tiroidiană de cât ai celor normale. Ele nu pot însă rezolva chestiuuea unei deosebiri posibile a formei sub care găseşte acest element. A.

C, PARHON et M. GOLDSTEIN. — **Note snr les rapports du Symtome de Parkinson, avec des alterations des glandes endocrines.** *XX-e Congrès des* *médecins alienistes et neurologistes de France et de pays de langue francaise.* Bruxelles 1—8 Aout 1910. In *Nevue Neurologique* No. 16, 1910. Alteraţiunile glandei tiroide erau constante în cele 5 cazuri examinate de comunicători. Pe de altă parte acest sindrom s'a văzut coexistând cu mixedemul (Lim Dtorg, Luzzato), sau cu sindromul lui Basedow (Koebuis, Goldstein et Cobilovici) cu sclerodermia (Luzzato, Tanegrossi şi Palmieri, Limdborg, Fraenkel). Alteraţiunile articulare ale parkinsonienilor par a putea fi apropiate de reumatismul cronic ale cărui raporturi cu ipotiroidia sunt cunoscute. Costeloi, Roussy şi Aunet, Alquier au văzut de asemenea alteraţiuni tiroidiene în cursul boalei lui Parkinson. Lim Dborg o considera ea datorinţă insuficienţei cronice a paratiroidelor. Berkley, Alquier au avut rezultate bune cu opoterapia paratiroidiană, din contră Roussy şi Clunet au văzut-o exagerându-se prin acest tratament şi au găsit alteraţiuni ce par a indica o iperfuncţiune paratiroidiană. Ei o consideră deci ca sindromul probabil de iperfuncţiune paratiroidiană.

Parhon şi Urechie, Delille au văzut ameliorarea unor simptome prin opoterapia ipofisară. Vrîsta la care apare boala, rezultatele obţinute de Brown-Sequard şi Chantemesse cu lichidul orhitic ridică chestiunea unor raporturi posibile cu glandele genitale.

In definitiv alteraţiunile glandelor endocrine sau turburarile lor funcţionale sunt foarte dese la parkinsonieni şi se impune studiul lor sistematic (clinic, anatomo-patologic, chimic).

Pentru un moment nu se poate spune mai mult.

A

VOIVENEL et FONTAINE. — **Agropos de quelques observations de maladie de Maurice Raynaud. Essai d'un pathogenie nouvelle.** *XX Congrês des médecius alienistes et neurologiste, etc.* Bruxelles 1—8 Août 1910. In *Revue Neurologique* No. 16, 1910. Autorii invoacă o patogenie glandulară. Ipertiroidismul dă un sindrom cu spasm vascular pe când în ipertiroidism e vorba de turburări pasive ale circulaţiei. Un singur caz din cele 6 observate de autori par a putea face excepţie, dar acela era combinat cu epilepsia. In 2 casuri exista şi sclerodermia. Semnalează în fine un caz de asociaţiunea ultimei cu sindromul lui Parkinson.

C. PARHON

A. NOCHI.— **Il ricambio dell N. Pet (a nei conighi trattati con iniczioni di estratto di ipofisi.** *Rivista di patologia nevrosa e mentale.* Fasc. 8. 1910. Autorul găseşte că extractul de ipofisă exagerează eliminarea tuturor acestor 3 elemente dar mai cu seamă a celor două din urmă.

Apropiind aceste fapte de cele găsite de Ascoli şi Legnani relative la exagerarea creşterei la animalele ipofisectomisate, autorul crede că s'ar putea afirma că iperfuncţiunea experimentală a ipofisei conduce la desasimilarea şi la inhibiţia desvoltărei ţesutului osos pe când apituitorismul ar conduce la o acumulare a acestui ţesut în organism.

Totuşi autorul nu admite fără rezervă această concluzie observând că cercetările făcute până acum în această direcţie, sunt contradictorii şi greu aplicabile la patologia acromegaliei, gigantismului şi nanismului.

C. PARHON

C. PARHON.—**Contribution à l'étude de la pathogenie et du traitement de la migraine.** *Revue Neurologique*, 15 Septembrie 1910. Impreună cu alţi autori, mai cu seamă cu Levi şi Rotshschild, autorul admite că migrena evoluează de cele mai multe ori pe un teren de insuficienţa tiroidiană. In sprijinul acestei dei invoacă fenomenele de insuficienţa tiroidiană ce se notează adese-ori în asemenea cazuri (sensaţie de frig, dureri articulare, căderea părului, menoragii). De asemenea coaxistenţa migrenelor cu urticaria, astmul, pruritul, eczema şi cu alte manifestări ale artritismului, ale căror legătură cu insuficienţa tiroidiană se accentuează din ce în ce mai mult. Efectele salutarii ale sarcinei şi menopauzei când glanda tiroidă 'şi măreşte funcţiunea precum şi efectele remarcabile ale opoterapiei tiroidiene sprijină acest mod de a vedea.

Autorul aduce observaţţuni personale în care tratamentul tiroidian a dat rezultate foarte satisfăcătoare. In fine nu e exclusă existenţa unor cazuri de migrenă recunoscând un alt mecanism, dar acestea sunt mai puţin studiate.

A.

F. GEDRAZZINI.—**Nuovo contributo allo studio della sclerodermia.** (Soc. medico-biologica milanense, febbraio 1610). Revine cu examenul corpului tiroid în două casuri de sclerodermie. In primul cas tiroidul cântărea 20 grame şi la examenul microscopic o strumă fibro-adenomatoasă; în al doilea tiroidul cântărea 10 grame şi presenta o atrofie manifestă a ţesutului glandular. Apoi citează două cazuri proprii în care opotetapia tiroidiană a dat rezultate remarcabile. Examenul sângelui arăta polinucleosă, iar în urma tratamentului formula leucocitară a devenit normală.

C. I. URECHE.

CANESTRO CORRADO.— **Contributo al trattamento dellu tetania paratireopriira mediante ipodermoclisi can sali di magnesio.** (Il Policlinico, marzo 1910). A experimentat pe 14 câini, cărora le-a injectat până la 8 grame de sulfat de magnesiu subcutanat. A observat fenomene sedative al excitabilităţei, o prelungire a vieţei relativ scurtă, fără însă a putea ţine în viaţă animalele. Soluţiunile isotonice al sărurilor de magnesiu s'au arătat a fi cele mai bune. Autorul promite a reveni şi cu un studiu chimic asupra acestei chestiuni.

C. I. URECHE.

ERNST TOBIAS.— **Zur kosnistik der Hemihyperidoris unilateralis.** (*Neurologisches-Centralblatt*, No. 3, 1910). Autorul dă observaţiunea unui bolnav prezentând de partea stângă a feţei ipoestezie şi ipoalgesie şi fenomenele oculo palpebrale în raport cu paralizia simpaticului cervical. Jumătatea stângă a feţei prezintă o coloraţiune roşie-albăstrue, tot aşa mâna şi piciorul stâng. In plus o exagerare manifestă a secreţiunii sudorale de partea stângă a feţei.

Autorul discută natura boalei eliminând siringomielia şi sindromul lui Basedow, admiţând o nevroză a simpaticului pe baze degenerative, soluţiune care nu mi se pare prea satisfăcătoare.

C. PARHON

RODIET. — **Les heures des crises d'épilepsie.** (*Archive internationale de Neurologie*, Mars 1910). După datele autorului crizele sunt mai frequente între 3-5 ore dimineaţa. Visurile şi halucinaţiunile hippagogice sunt de asemenea mai frequente în acest timp. Autorul se întreabă dacă frequenţa mai mare a acceselor între aceste ore nu e datorită conform teoriei lui Bouchard acumulărei în sânge în timpul nopţei, a unor otrăvuri convulsivante.

C. PARHON

ANTONIU GIRAND. — **Quelques faits concernant la pathologie du Cervelet.** (Congrès de Bruxelles-Liège, 1910). Ajunge la următoarele conclusiuni:

1. Poate să existe o destrucţiune totală a unei părţi a creeruşului, fără nici unul din simptomele zise cerebeloase.
2. In choree maximul de meningo-encefalită se pare situat în creeruş.
3. Simţul visual are o localisare în floculus.
4. Legea lui Taty în demenţe se verifică şi în idioţie. Acolo ca şi în demenţe, creeruşul reproduce alteraţiunele cerebrale cu o diminuare în intensitate.

C. I. URECHE.

Pediatrie

FINKELSTEIN u. MEYER. — **Uber „Eiweissmilch“. (Despre laptele albuminos).** *(Iakeb. f. Kinderh. Mai şi Iunie 1910).* In acest foarte important memoriu autorii relatează rezultatele ce le-au obţinut în tratamentul turburărilor gastro-intestinale cu un nou preparat „laptele-albuminos“.

Insemnătatea lucrărei constă în faptul că nu e aci numai vorba de o încercare cu un oare-care produs nou al industriei laptelui, ci de verificarea practică a unei mari teorii, de o contribuţie capitală la problemul alimentaţiunei artificiale.

Autorii, în diferite lucrări anterioare, au susţinut că partea nocivă a laptelui de vacă, cea capabilă de a produce turburări în alimentaţia artificială mai cu seamă la dyspeptici este constituită prin zărul laptelui. Acest zăr reprezintă, mai mult ca albuminele, cazeina şi grăsimele, partea *specifică*, a laptelui, cea care face că la un copil dyspeptic s'a ajuns la stadiul de „decomposiţie“ laptele de vacă va agrava situaţia pe când cel de femee va produce adeseaori vindecarea. Şi din elementele zărului, unul din culpabili, dacă nu singurul culpabil este zaharul de lapte care, *fermentând în intestin, întreţine şi agravează fenomenele dyspeptice*. Numai în adoilea rând se poate învinovăţi substanţele grase şi numai atunci când fermentaţiunea hydraţilor de carbon a precedat. Această fermentaţiune depinde de altmintrelea de mai mulţi factori, în particular de concentraţiunea zărului, şi de proporţiunea între zaharul şi cazeină.

Ţinând seamă de consideraţiunile precedente se poate enunţa în modul următor principiile unei metode de tratament a fermentaţiunilor dyspeptice: scăderea proporţiunei de zahar de lapte, scăderea proporţiunei de săruri prin diluţia zărului, augmentaţiunea proporţiunei de cazeină cu proporţiuni variabile de substanţe grase de oare-ce experienţa a arătat că mici cantităţi de zahar sunt indispensabile, autorul măreşte proporţia de cazeină pentru a lupta contra fermentaţiunei acide provocate de aceste mici cantităţi de zahar. După amelioraţie, se introduce în alimentaţiune un hydrat de carbon uşor de asimilat şi fermentând greu.

„Laptele de albumină“ este un preparat conform acestor principii. El se prepară în modul următor: 1 litru de lapte este închegat prin chiag ser Pegnin şi lăsa

$^1/_2$ oră la 42° în baie marie. Cazeina şi cu substanţele grase s'au închegat într'un fel de masă pastoasă. Se pune totul într'un sac de pânză şi se atârnă ca să se scurgă zărul (o oră). Se scoate conţinutul sacului, destilează cu $^1/_2$ litru apă obicinuită şi de 2 ori, acest amestec trece printr'o sită fină de păr. Filtratul trebue să aibă aspectul laptelui şi chiagurile să fie atât de fine în cât să nu se poată observa. Se mai adaugă o jumătate litru Batearre.

Acest aliment, cam variabil ca compoziţie, reprezintă la litru vre-o 370 colori. Ea se poate găsi gata în fabrica lui Philip Müller din Wittel.

Autorii au alimentat un mare număr de sugaci cu acest lapte albuminos şi tot restul lucrărei este consacrat la expunerea rezultatelor obţinute.

Indicaţiunile sunt: dyspepsia, decomposiţia, intoxicaţia şi infecţiunile parenterale cu turburări secundare din partea tubului digestiv.

Şi autorul studiază în detaliu rezultatele ce le-a obţinut în aceste diferite categorii. La început se administrează *în dyspepsie* doze mici (300 gr. pe zi) pe urmă cantitatea de lapte albuminos se creşte până la 200 gr. pe kilogr. corporal. Imediat ce scaunele sunt formate, se reîncepe cu hydraţii de carbon sub formă de Nahrzucker, de supă de malţ etc. sau de făinuri, dacă copilul are mai mult de 3 luni. Cu Nährzucker se începe la 1% şi se creşte treptat până când copilul creşte în greutate (max. 6%) sub influenţa acestui aliment administrat dyspepticilor, diareea dispare repede, scaunele redevin normale, temperatura asemenea, şi greutăţile rămân staţionare sau cresc uşor. Pentru a obţine însă creşterea de greutate trebue ca să se adaoge un hydrat de carbon în alimentaţie.

Această adăogare se face când cantitatea de lapte albuminos a ajuns la 200 gr. la kgr. şi trebue multă prudenţă în această adăogare. Copilul, când i se adaogă hydratul de carbon este stimulat, se colorează la faţă, devine mai viu.

Alimentaţia cu lapte albuminos darează de obiceiu 4 — 10 săptămâni. Rare ori şi mai mult. Hydraţii de carbon se adaogă imedlat ce nu mai există turburări digestive. Trecerea la altă alimentaţie se face treptat fără dificultate.

In toate cazurile de dyspepsie, rezultatele imediate precum şi cele îndepărtate au fost excelente, copiii fiind definitiv vindecaţi.

In urmarea acestui memoriu, publicată în numărul de Iunie, autorii se ocupa cu rezultatele ce le-au obţinut cu laptele albuminos în *Decompoziţie.*

Cu toate că e vorba aci de turburări nutritive mult mai grave, cari, numai în stadiile puţin înaintate se pot încă vindeca cu alimentaţia artificială, totuşi rezultatele au fost excelente. Autorii recomandă *în general* de a începe tratamentul cu o doză hydrică de cel mult 12 ore, după care se va administra laptele albuminos în doză de 300 grame pe zi, împărţită în 10 mâncări.

Efectele acestui regim asupra fenomenelor clinice sunt aproape în toate cazurile, remarcabile: numărul scaunelor scade repede, de obiceiu în 3—4 zile; temparatura, deja sub-normală, rămân tot sub-normală, până când starea copilului ameliorându-se se introduce în alimentaţie hydratu de carbon greutatea asemenea, continuă să scadă câte-va zile, şi augmentându-se laptele albuminos, rămâne staţionară. Creşterea începe cu introducerea hydraţilor de carbon în alimentaţie.

Dacă după un scurt timp scaunele s'au ameliorat cu toate că continuă o scădere însemnată în greutate, fie că căuta a introduce In alimentaţie săruri. E imprudent de a reîncepe prea de vreme cu zahărul cu toate că, *în aceste cazuri,* această practică va impiedeca continuarea scăderilor. Dacă nici scaunele nu s'au ameliorat nici scăderile în greutate n'au încetat, începerea cu hydraţii de carbon şi chiar augmentaţia dozelor de lapte albuminos sunt absolut contra-indicate. Dacă această stare persistă, vindecarea nu va fi posibilă de cât punând copilul la sân.

După începerea alimentaţiei cu lapte albuminos, starea generală nu se amelioreazǎ imediat, ba din contra, pare a se agrava din cauza perderilor de apă care era acumulată în ţesuturi în urma unei alimentări anterioare, bogată în zahar şi săruri. Familia trebue înştiinţată despre această agravare şi în nici un caz nu trebue să se renunţe pentru aceasta la laptele albuminos.

Augmentarea dozelor de lapte albuminos se face treptat cu câte 50—100 gr. din 2 în 2 zile până la 2000 gr. de klgr. Insă nici odată mai mult de 1 litru pe zi. Augmentarea se va face în mod prudent, chiar dacă scaunele n'au încă aspectul ideal, subalimentaţia fiind tot atât de periculoasă ca şi supraalimentaţia. Dacă scăderea în greutate continuă, nu se va putea obţine o vindecare decât cu sânul.

Adăogarea de hidraţi de carbon se va face după vre-o 7 zile, începând cu doze foarte mici de $1^0/_0$ şi augmentând treptat.

In caz când creşterile în greutate ar rămânea insuficiente, celelalte turburări dispărând, se poate uneori obţine creşterea în greutate dorită, asociând 2 hidraţi de carbon. Convalescenţa în *decompoziţie* este destul de lungă, de obicei durează între 4 şi 16 săptămâni.

Laptele albuminos nn răuşeşte în alimentaţie mixtă cu sânul, în cazurile grave. In cele uşoare merge bine.

In ce priveşte rezultatele depărtate ale alimentaţiunei cu lapte albuminos, autorii au urmărit copiii şi a constatat că vindecarea se menţinuse şi că în al 2-a an aceşti copii erau absolut normali.

Din 41 cazuri de decompoziţie, de 5 ori laptele albuminos n'a reuşit. Era vorba de cazuri foarte grave cari s'au terminat prin moarte.

Autorii trec apoi la studiul alimentărei cu laptele albuminos în *intoxicaţie*. Din 16 cazuri in cari s'a încercat acest aliment, s'a obţinut 15 vindecări şi 1 insucces (deces). Modul de întrebuinţare a laptelui albuminos, dozele, acţiunea asupra fenomenelor clinice nu diferă simţitor de ceea ce se observă în dispepsie şi în decompoziţie.

La noui născuţi, cu toate că laptele albuminos nu a reuşit în proporţie de $19,5^0/_0$, totuşi acest aliment a dat rezultate superioare celorlalte metode de alimentaţie artificială (începând dela naştere). La noii născuţi laptele albuminos provoacă uneori scaune numeroase, mai cu seamă la copii atinşi de diateză exudativă. Cantităţile de lapte se vor creşte în acest caz numai dacă lipsea celelalte symptome de turburări ale nutriţiunei. Asemenea dificultăţi se observă în cazurile de infecţiuni paraenterale în care este dificil de a decide dacă fenomenele observate depind sau nu de o turburare a nutriţiunei.

La nouii născuţi trebue să se înceapă cu introducerea de hidraţi de carbon după un timp scurt, de ex. o săptămână, După vr'o 12 săptămâni se trece la altă alimentaţie. Cu toate rezultatele relativ bune, autorii cred că laptele albuminos nu trebue recomandat pentru alimentarea noului născut, de oarece în acest caz tecnica alimentărei cu lapte albuminos este foarte delicată şi rezultatele nu sunt sigure.

In infecţiunile parenterale laptele albuminos a reuşit foarte bine întru cât a putut în multe cazuri că evite sau să vindece turburările funcţiunilor nutritive cari joacă un rol atât de însemnat în prognosticul acestor infecţiuni.

GR. JACOBSOHN.

ELLER. — **Familiärer Kretinismus in Wien.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Mai şi Iunie, 1910). Autorul a constatat la Wiena, adică într'o regiune care până acum a fost lipsită de cretinism endemic (cu toate că guşele nu sunt rare) ivirea cretinismului endemic la 3 fraţi. Aceste cazuri se asemănau atât de mult cu symptomele cretinismului endemic, în cât nu se putea face o deosebire, după symptomele clinice, între cretinismul, sporadic şi cel endemic.

Opoteropie tyroïdiana a dat rezultate bune în toate cazurile.

GR. JACOBSON.

MOLL. — **Uber Fettvermehrung der Frauenmilch durch Fettzufuhr, nebst einem Beitrag über die Bedeutung der quantitativen Fettunterschiede für das Gedeihen des Brustkindes.** Despre augmentaţia substanţelor grase, ale laptelui de femee prin ingestia de grăsime, precum şi despre influenţa diferenţelor cantitative de grăsime asupra prosperităţei sugaciului). *Arch. f. Kinderh.* vol. 48 p. 161.

Majoritatea perdiatrilor germani neagă influenţa alimentaţiunei asupra compoziţie chimice a laptelui de femee Mulţi dintre dânşii neagă asemenea influenţa compoziţiei chimice a unui lapte determinat asupra stărei sugaciului. Cu alte cuvinte dacă un sugaciu nu suportă laptele unei femei, aceasta se datoreşte fie unei stări de inferioritate a organelor digestive ale sugaciului (şi atunci aceasta va prezenta turburări gastrointestinale cu ori-ce altă doică) fie unor condiţiuni fisiçe d. ex.: sân din care laptele curge prea uşor şi supraalimentaţie (. . în cnre caz copilul va putea prospera cu o altă doică care nu are acelaş defect).

Autorii francezi din contră au susţinut totdeauna variabilitatea în composiţia chimică a diferitelor eşantiloane de lapte, lapturi prea bogate în grosime, in cazeină, în zahăr etc.

Dar această părere avea nevoe de a fi demonstrată de oarece analizele laptelui de femee se făceau în Franţa fără nici o precauţiune şi fără a ţine seama de modul de recoltare a laptelui. Ast-fel că părerea autorilor francezi nu era bazată pe nici un fapt incontestabil.

Cercetările lui Moll, publicate în memoriul de faţă şi făcute cu toate garanţiile de preciziune, pare a da dreptate, cel puţin pentru unele cazuri, autorilor francezi.

Din aceste cercetări reese că adăogarea de substanţe grase (slănină) în regimul doicilor face să crească în mod foarte însemnat procentul de grăsimi din lapte. Autorul a căutat dacă ingestia de substanţe grase face să varieze şi compoziţia chimică a grăsimelor apreciată prin coeficientul de fixaţie a iodului — dar aici rezultatele au fost foarte variabile şi nu se poate trage din ele nici'o concluzie. La un sugaciu alăptat la sânul unei doici cu lapte sărac în substanţe grase creşterea grăsimelor în alimentaţia doicei şi consecutiv în laptele ei a avut ca consecinţă dispariţiunea unor fenomene dyspeptice de care suferea sugaciul.

Invrs s'a observat un sugaciu care a presentat fenomene dyspeptice la sânul mamei sale precum şi la sânul unei doici, ambele având un lapte bogat în grăsime, şi care s'a vindecat imediat ce a supt de la o doică cu un lapte mai puţin gras. Este adevărat că, precum a arătat Gregor sugaciul suge de obiceiu o cantitatea de lapte invers proporţională cu cantitatea de substanţe grase continută în acest lapte astfel că echilibrul este păstrat.

Concluzia este că schimbarea de doică este perfect de logică în unele cazuri dar că trebue să se bazeze pe analizele laptelui. **GR. JACOBSON.**

SCHABAD. — **Die gleichzeitige Verabreichung von Phosphorleberthran mit einem kalksalze bel Rachtis.** (Administraţia simultaneă a unturei de peşte fosforate şi a unei sări de calciu la rachitici.) *(Iahele. f. Krudesh.*, Iulie 1910.

1. Administrarea simultaneă a unturei de peşte fosforate şi a unei sări de calciu la rachitici dă rezultate variabile după preparatul întrebuinţat: pe când acetatul de calciu este fixat de organism în proporţie însemnată (20—60 %) fosfatul şi citratul de calciu nu sunt fixate.

2. Retenţiunea de fosfor merge paralel cu retenţia calciului. Acetatul de calciu ameliorează fixaţiunea fosforului alimentar pe când sărurile de calciu cari nu sunt reţinute (fosfat şi citrat) micşorează retenţia fosforului.

3. Administrarea sărurilor de calciu augmentează proporţia de azot din scaune şi micşorează prin urmare resorbţia de azot; totuşi scăderea însemnată a azotului urinar face că, în total retenţia de azot să fie crescută.

4. Prin administrarea unei sări de calciu, resorpţiunea substanţelor grase este tare scăzută. Această scădere nu se poate explica prin exageraţia formaţiunei de săpunuri. Cu scăderea resorpţiunei grăsimelor coincide o scădere a desdoirei grăsimelor în scaune; dar acest din urmă fapt nu explică în deajuns scăderea resorpţiunei grăsimelor în cercetare cu administrarea concomitentă de săruri de calciu de oarece surplusul de grăsimi ne desdoite nu acoperă în aceste cercetări surplusul grăsimelor totale din scaune. **GR. JACOBSON.**

USUKI. — **Das Schicksal dcs Fettes im Dary des Scüeglings unter normalen u. pathologischen verhältnessen.** (Soarta substanţelor grase în intestinu sugaciului în stare normală şi în stare pathologică).

LEHNDORFF. — **Zur kenntnis des chloroms.**

BOKAY. — **Über der zwerchfellbruch im Auschluss an zwei Falle.** (Despre hernia diafragmatică cu prilejul a 2 cazuri).

BECK. — **Raynaudsche Krankheit beim Sängleng.** (Maladia lui Raynaud la sugaciu). *(Jahebuch. f. Kinderh.*, vol. 72, Iulie 1910).

Ginecologie şi Obstetrică

JAHREISS (Augsburg). — **Hysterotomia vagin. ant. aes méthode zur Künstliche Unterbrechung dcr Schwangerschaft. Histerotomia vaginală anterioară ca metodă de întreruperea sarcinei.** *Zentralblatt f. Gynäkologie.* No. 32, 1910. Autorul preferă secţiunea vaginală anterioară a uterului dilatărei fie treptată prin laminarie, fie forţată, pentru întreruperea sarcinei chiar la început.

Pe de o parte secţiunea vaginală se face într'o singură şadinţă, şi prin urmare se poate lucra în condiţiuni mai bune; iar pe de altă parte, se obţinne o deschidere mai largă a cavităţei uterine pentru facerea controlului ulterior. Secţiunea e suficentă, făcută până la orificiul intern în acelaşi timp, dezlipind beşica, se evacuază conţinutul se tamponiază cavitatea uterină, apoi se coase uterul până la locul secţiunei, se fixează beşica la locul ei, se tamponiază vaginul.

Autorul a întrebuinţat metoda în patru cazuri: în primul era vorbà de o sarcină în 6 săptămâni, la al doilea de o sarcină în 8 săptămâni, la al 3-lea de o sarcină în 4 luni şi în fine la o a patra de o sarcină în 6 luni.

In primele 3 cazuri (întrerupere făcute la 2 pentru stări de surexcitare însemnată, la a 3-a pentru epilepsie) rezultatul a fost foarte bun.

Cea de a patra femee la care s'a intervenit pentru eclampsie, a sucombat a 2-a zi în coma eclamptic.

DR. TRANCU-RAINER

O. ULRICH (Erfurt). — **Ein Fall von einer enormen Labialhernie.** *Zentralblatt f. Gynäkologie.* No. 32. Autorul relatiază cazul unei enorme hernii al labii la o femee de 47 de ani, care avusese 19 faceri. Prezenţa herniei a resimţit-o acum 8 ani, puţin înaintea celei de a 16-a sarcini şi a crescut încetul cu încetul. Ultimele 2 faceri s'au terminat cu o aplicare de forceps. Hernia ajungea până aproape de genunchi. Circonferinţa iei la bază era37 c. m., la mijloc 51 c. m., şi în porţiunea cea mai largă de jos 54 c. m. Anse intestinale numeroase conţine această hernie ireductibilă. Fenomene de strangulare n'a prezentat nici odată. Durerile de stomac pe care le acuza se explică prin gradul însemnat de gastroptoză şi gasttrectazie.

Prin insuflare s'a constatat că curbura mică a stomacului e la nivelul ombilicului şi curbura mare până la rădăcina herniei, la dreapta ajunge până la cecum. Cazul de faţă ne arară, că şi la femei, rar ce e drept, herniele inghinale pot lua proporţiuni enorme.

DR. TRANCU-RAINER

A. HERGOTT. — **Grossesse gémellaire compliquée de môle** *Annales de Gynécologie* Iunie, 1910. Cazurile de sarcină gemelară complicată de mală sunt foarte rare.

H. a observat la o femeie de 33 de ani, optipară. însărcinată în 4 luni şi care avea pierderi însemnate de sânge, eliminarea unei mole clasice fără embrion şi în urmă a unui ou cu fet, membrane şi placenta normal constituite (s'a făcut şi examenul istologic al placentei).

Mola cântărea 400 grame, fetul 300 grame, iar placenta lui 100 grame.

Femeia această a sucombat în urma unei infecţiuni puerperale. Descripţia necropsiei cu totul incomplectă, atât doar că se menţionează prezenţa unor tuberculi în pulmosă şi că uterul avea mucoasa îngroşată, iar anexele normale.

DR. TRANCU-RAINER

LECÈNE. — **Deux css rares de grossesseectoptque.** *Annales de Gynécologie.* Juillet 1910. In primul din aceste cazuri fusese vorba de o tânără femeie care nu avusese nici o întârziere în regule, şi care în 2 rànduri fusese apucată de dureri.

vii abdominale, prezintând în acelaş timp toate semnele unei hemoragii interne. Colul uterin înmuiat şi uşor întredeschis. Corpul uşor mărit de volum. Fundul de sac al lui Douglas ie dureros, fără a prezinta vre-o colecţiune.

La deschiderea abdomenului se constată sânge în centitate de vre-un litru. Anancle stângi normale. Anexele drepte uşor mărite, nu prezintă vre-o alteraţiune. Prin orificiul tubar se scurge sânge negricios. Se face extirpaţia aneexlor din dreapta şi se constată că iele nu prezintau exterior nici o alteraţiune. La secţiune nu se constată decât un mic nodul pe o franjă salpingiană în porţiunea sa ampulară, acest nodul era compus dintr'un chiag şi câteva vilozităţi, choriale, care intră în contact direct cu ţesutul conjuctiv al mucoasei tubare modificat în sensul unei reacţiuni deciduale.

In cazul acesta fusese vorba de o sarcină cu totul la început, oprită în desvoltare şi dând loc la o emoragie însemnată intra abdominală *fără ruptura trompei*. Numar faptului că se scurge sânge prin trompă, se datoreşte salvarea femeiei căci altfel s'ar fi închis abdomenu la loc şi femeia ar fi murit de emoragie.

In al doilea caz a fost vorba tot de o sarcină ectopică cu emoragie intraabdominală, sarcină foarte tânără, desvoltată într'un diverticul al trompei atinsă de salpingită nodulară; sarcina ectopică a ros repede pătura musculară care acoperea diverticulul la acel nivel şi a provocat formarea unei mici pungi retrotubare şi juxtanterime.

Aceste sarcine ectopice desvoltate în diverticulele trompel atinse de salpingite nodulare, explică formaţunea hematoamelor sub-peritoneale, atunci când ruptura se face în mesosalpinx.

Dr. **TRANCU RAINER.**

F. JAYLE et X. BENDER.— **Kraurosis et leucoplasie vulvaire.** *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, No. 6, 1910. J. şi B dau două observaţiuni interesante cu examen histologic.

In primul caz e vorba pe leucoplazie vulvară cu scleroză la început al orificiului vaginal, fără leucoplazie la acest nivel survenită la o femee multipară de 30 de ani şt la care leucoplazia a degenerat canceros. Iar în al doilea caz, e vorba de o leucoplazie cu Kraurosis vulvar la o femee de 48 de ani. Din punctul de vedere clinic s'a confirmat ce se ştia că leucoplazia şi kraurosis pot coexista la aceiaşi bolnavă şi că leucoplazia sau poate dăinui mult timp, sau e punctul de plecare al unui cancer cu mers rapid.

Examenul istologic a arătat că în leucoplazie, după cum de altfel se ştie, este mai ales vorba de o leziune a epiteliului, pe când în kraurosis e vorba mai ales de o alteraţiune a dermului. In ce priveşte faptul că kraurosis n'ar fi decât faza ultimă a leucoplaziei, autorii nu-l admit, ci susţin că sunt doua afecţiuni deosebite care se pot asocia în chip diferit.

Uneori începe kraurosis şi apoi pe el se desvoltă leucoplazia. Alte dăţi ele se desvoltă împreună. In fine poate leucoplazia să înceapă şi krausoris să-i urmeze.

Rolul pe căre-l joacă sifilisul în desvoltarea leucoplaziei rămâne de precizat. In ambele observaţiuni relatate bolnavele n'au prezentat nici o manifestaţiune sifilitică. Autorii cred că leucoplazia vulvei, vaginului şi uterului e mai alos în raport cu leziunile de scleroză a aparatului genital.

DR. TRANCU-RAINER

R. DUPONT.—**Emploi de t'aéro-thermo-thérapie dans les placies gangréneuses succédant à l'accouchement.** *Annales de gynécologie,* Juillet 1910. Autorul se ocupă mai întâiu de acţiunea aerului cald asupra ţesuturilor comparativ cu acţiunea ferului roş.

Aerul cald are o acţiune locală, nu se întinde mai mult de $^1/_2$ centimetru în profunzime, aşa încât cruţă organele sub jacente şi are o acţiune difuză. La 50—60° aerul cald produce o hiperemie intensă, esenţialmente reparatrice, iar la o temperatură mai ridicată are o acţiune destructivă.

Autorul a întrebuinţat metoda în trei cazuri de *plăgi gangrenoase* ale colului, vaginului şi perineului în urma facerilor laborioase şi urmate de infecţiune. Modul de procedare a fost următorul: mai întâi cauterizare cu aer supra-încălzit, pe urmă un duş de aier la 60° timp de 5—10 minute la 2 zile interval. Numărul şedinţelor a variat între 3 şi 4.

Plăgi gangrenoase care rezistau la tratamente locale obişnuite aplicate cu energie, s'au curăţat şi cicatrizat repede.

In 2 cazuri a apărut fistule vezico-cervicale şi vezico-vaginale, prima s'a cicatrizat în mod spontaneu, la a doua a fost nevoe de intervenţiune. Autorul crede că dacă se aplică aero-termo-terapia mai din vreme, se oprea procesul cangrenos.

DR. TRANCU-RAINER

C. NORVIS şi E. BARNARD. — **Dismenoree fără leziuni mari patologice la nulipare.** *Amer. jour. obstet. 1910 pag. 753.* Autorii împart aceste dismenorei după etiologie în trei grupe: în prima grupă intră cele datorite stării generale, în a doua cele consecutive opirii în desvoltare şi în fine în a treia cele cari însoţesc stenozele colului. Tuberculoza este în cele mai multe cazuri cauza dismenseelor primului grup. Oprirea în desvoltare poate cuprinde toate organele genitale sau poate fi limitată numai la ovare a căror capsulă îngroşându-se se opune la ruptura foliculilor lui Graaf. Singură stenoza colulului, rareori produce dismenoree, căci rareori e aşa de mică ca să nu poată lăsa să treacă prin ea o sondă. La stenoză se adaogă mai totdauna o putere excesivă de cuagulare a sângelui, care închegându-se astupă canalul cervical, provoacă ast-fel retenţia lichidului menstrual, retenţe urmată de contracţiuni uterine şi deci de dureri. Cuagularea e favorizată în deosebi de fragmente din endometrium. Tipurile congestive pure nu se pot vindeca prin operaţie. Cele abstructive se vindecă mai totdeauna în urma uneia din operaţiile de lărgire a colului.

DĂNULESCU

Archives d'ophtalmologie

Iulie 1909.

ABADIE. — **Asupra stărilor glaucomatoase.** Diagnosticul deferenţial cu adevăratele glaucoame. Patogenie, Tratament.

A se vedea această revistă pag.

F. LAGRANGE. — **Vindecarea spontanee a astigmiei corneene ipermetropice.** Autorul a studiat 18 persoane cu astigmatism ipermetropic pe cari i-a împărţit în 3 categorii: 1) Cei ce au purtat regulat lentilele prescrise, 2) acei ce le-au purtat în mod intermitent şi 3) cei ce n'au purtat de loc ochelarii prescrişi.

Aceste cazuri au fost revăzute după un timp îndelungat. Rezultatul a fost următorul:

Persoanele cari au purtat ochelarii regulat nu li s'au modificat de loc indicele de refracţiune.

Cele din a 2-a categorie au prezentat modificări uşoare ale acestei astigmii şi în fine cele din categoria 3-a astigmatismul era modificat aproape până la dispariţie complectă.

Din aceste rezultate autorul conchide că nu trebue corijată astigmia ipermetropica la copii de cât numai în cazuri de turburări vizuale însemnate; şi chiar în aceste cazuri se va începe corecţiunea printr'o lentilă sferică, ceea ce va permite bolnavului să facă sforţări parţiale de acomodaţie. Dacă nu e deajuns această corecţiune, va trebui să se adaoge o slabă corecţiune cilindrică. Altfel se împedică sforţarea naturei care poate vindeca complect pe individ.

3. SAWINEANU. — **Noua teorie patogenică a nistagmului.** Nici una din teoriile patogenice, imaginate până acum pentru a explica producerea nistagmului, nu e satisfăcătoare. Teoriile muschiulare, analoage cu a strabismului, părerea lui Aret, care susţine că indivizii cu nistagmus îşi mişcă ochii ca să înlocue, printrun număr oarecare de imagini în serie, lipsa de claritate a fiecărei imagini, toate acestea nu pot explica, decât cel mult instagmul congenital, celelalte cazuri sunt inexplicabile, căci în adevăr numeroşi copii cu vederea micşorată pentru anumite cauze nu ajung nitagmici, iar alţii capătă boală, de şi vederea le este normală sau aproape. In acelaş timp copii născuţi orbi prezentau un nistagmus tipic.

Prin urmare defectele vederii sunt cauze ocazionale, nu predisposante. In sprijinul acestei idei e şi faptul că nistagmul poate surveni şi în urma leziunilor urechii.

Concepţiunea autorului este că nistagmul ar fi datorit turburărilor, reflexe plecate de la ochiu sau ureche, ori leziunilor anatomice cari ating centrul supra nuclear al mişcărilor asociate orizontale; că proba e faptul că nistagmul e însoţit de obiceiu când e recent, de o diplopie latente, cele mai desori omonimă, inapreciabilă de bolnav şi constatabilă numai cu sticla roşie.

Deosebit de aceasta în nistagmul determinat de leziunile oculare ar fi o cauză predispozantă şi anume un viciu de dezvoltare al centrilor de inervaţiune a mişcărilor asociate de *lateralitate*. Aceasta ar explica pentru ce leziunea oculară nu provoacă instagmus la toţi cei cari sunt atinşi de această leziune. Acelaş lucru pentru nistagmul minerilor.

4. LAFON. — **Consideraţiuni asupra fisiologiei mişcărilor pupilare.** Micşorarea pupilei e datorită contracţiunei sfincterului, pe când dilatarea ei e pasivă, muşchiu dilatator neexistând în stroma irisului, pentru autor.

Dilatarea pupilară ar fi datorită după autor inhibiţiunei tonusului muscular al sfincterului şi această relaxare permite retracţiunea pasivă a stromei iriene (François-Frank şi Angelucci), mecanism analog cu al muschilor inelari netezi.

Pentru inervarea irisului servesc 2 nervi motorul oculor comun și simpaticul. Acești nervi provoacă amândoi contracțiunea și dilatațiunea pupilară, dar în împrejurări diferite și ei se termină, nu în iris, ci în ganglionul ciliar, care este centrul pupilei, și care el însuși dă naștere la adevărați nervi irido-motori: nervii ciliari.

Când ochiul este în repaos, motorul ocular comun comandă închiderea pupilei (contracțiune catipnică în timpul somnului); când funcționează, marele simpatic menține pupila deschisă (dilatare fundamentală).

Oculo-motorul comun provoacă reflexele în stare de veghe în reacțiunile senzoriale, (lumină și acomodațiune) marele simpatic comandă acelorași fenomene, dar numai în reflexele sensitivo-motorii (reflexe psihice și reflexul la durere).

5. TERSON. — **Asupra examenului vizual al simulațiunei și asupra unei scări apropiate.** Pentru a descoperi pe simulanți și în special pe exageratori, autorul se folosește de o scară deosebită alcătuită din litere din diferite mărimi, așezate fără nici o ordine. Pune pe individ să le citească ca din întâmplare în mijlocul examenului funcțional, de regulă înainte de a-l examina cu scara regulată.

Exageratorul cade adese-ori în cursă și citește literile cele mai disparente.

August.

1. DUPNY Du temps. — **Cauza absenței foarte dese a stărei papilare cu toată ipertensiunea cefalo-rachidiană în meningita tuberculoasă.** A se vedea această revistă pag.

2. LAFON.— **Considerațiuni asupra patogeniei și semiologiei turburărilor pupilare.** Autorul împarte aceste turburări în 2 grupe: turburări pupilare datorite alterațiunilor inflamatoare ale parenhimului irisului și turburări pendinte de o lesiune a sistemului nervos irigo-motor. Acestea din urmă, de care se ocupă autorul, sunt împărțite la rândul lor în 1) turburări prin leziune a sistemului bulbar, adică arcul reflex sensitivo motor (scoarța cerebrală, regiunea subcorticală, bulbul, măduva, rădăcinele anterioare ale primei perechi dorsale și simpaticul cervical).

2) Turburări prin leziune a sistemului mesocefalic, adică arcul reflex sensorio-motor a cărui porțiune centrifugă este conținută în nervul oculo-motor comun, și care leziune e consecutivă unor alterațiuni meningee sau hemoragice a creerului sau chiar unei alterațiuni a perechei III-a nervoase.

3. Turburări pupilare prin leziuni ale inervației periferice (ganglionul și nervii ciliari) turburări încă rău cunoscute. Autorul studiază pe rând diferite leziuni: 1) ale căei centripete, 2) ale centrului ganglionar (turburări dinamice și statice semnul lui Argyll Robertson, inegalitatea pupilară), 3) ale căei centrifuge sau ganglifuge (porțiunea extra și intra-oculară) ocupându-se de definiția evoluției lesiunei sistematizate ale celulelor ganglionului ciliar) patogenia, acțiunea toxicilor și semnificarea acestor turburări.

La sfârșit autorul studiază formele hipusului și turburările histerice pupilare.

LE ROUX. — **Cataractă prin descărcare electrică.** Este observația unui caz de cataractă, produs străbaterea bolnavului de un curent electric de foarte mare intensitate, (2800 volți), care dete loc după 3 luni dela accident, la o cataractă moale a ochiului stâng. E al 5-lea caz publicat în știință.

Septembre.

F. LAGRANGE. — **Patogenia Keratoconului, teoria sa mecanică.** Este explicaţia dată de d. Prof. Parisotti dela Roma, cu deosebire că pe când acesta crede că keratoconul provine din lipsa congenitală de resistenţă a *părţei centrale* a corneei, Lagrange susţine cu drept cuvânt că e o slăbiciune generală a membranei, în stare normală fiind mai slabă la mijloc. Prin urmare pentru a suporta presiunea intraoculară îşi va schimba curbura, şi de sigur că vârful şi-o va schimba căci el e mai puţin rezistent ca restul corneei, tinzând a lua forma conică. Cu atât mai mult va lua această formă, dacă în evoluţia Keratoconului, va apare o ipertensiune oculară.

BOURGEOIS. — **Operaţia cataractelor traumatice în special în accidentele de muncă.** Autorul publică pe scurt şease obserbaţiuni, din care trage concluziunile următoare: Pentru a vindeca pe rănit în cel mai scurt timp posibil şi totdeodată a reduce la minimum micşorarea capacităţii profesionale, nu se va aştepta resorbţia spontanee a cataractei, ci se va opera, după cazuri, cât mai curând.

In obserbaţiunile sale între a 4-a şi 26-a zi după accident extracţiunea liniară simplă cu cuţitul lanceolar şi aspiraţiunea automatică a cristalimenei cu o curetă lungă şi subţire.

Rezultatele obţinute au fost iuţeala tratamentului, care n'a trecut de 3 luni dela data accidentului până la reluarea lucrului. Vindecarea a fost obţinută în toate cazurile.

DE TERRIEN. — **Synoscopul. Nou aparat pentru restabilirea vederei simultanee în tratamentul strabisinului.** Este o modificare a stereoscopului obicinuit.

CANTONNET.—**Incercare asupra fixatorilor isotonici în istologia oculară.** Autorul imparte ochiul, pentru acest studiu, în 2 părţi distincte: suprafaţa ochiului scăldată de lacrimi şi interiorul ochiului în contact cu umoarea apoasă şi corpul vitros. Pentru suprafaţa ochiului autorul, după multe încercări, a găsit următoarea soluţie isoonică cu lacrimile:

Sublimat saturat . . . . 50 ctm. c. }
Clorur de sodiu . . . . 0,70 „ „ } = − $0^{0},90$
Formol $5^{0}/_{0}$ . . . . = — $0^{0},84$

Pentrn lichidele intraoculare, soluţiunile isotonice sunt:

Sublimat saturat . . . . 50 ctm c. }
Chlorur de sodiu . . . . 0 gr. 30 } = — $0^{0},56$
Formol $3^{0}/_{0}$ . . . . = — $0,^{0}55$

Aceste soluţiuni nu produc nici o alteraţie osmonocivă a ţesuturilor oculare respective.

Rezultatele obţinute au fost favorabile, de şi nu atât cât prevedea teoria. Preparaţiunile de epitelii corneo-conjunctival şi ale membranelor externe au fost mai clare decât preparaţiunile de control făcute cu sublimat saturat fără Na Cl sau formol.

In sfârşit, autorul mai recomandă că în caz când nu avem la îndemână lichidul *fixator*, vom pune piesa într'un lichid *conservator* isotonic, o soluţie de Na Cl $7,5^{0}/_{00}$ pentru interiorul globului, sau $14^{0}/_{00}$ pentru epiteliul corneo-conjunctival până ce va fi fixată.

M. LANDALT. — **Scotonul fibrelor cu mielină.** Autorul publică mat multe observaţiuni în cari ochii cari aveau o cantitate excepţională de fibre cu mielină prezentau în acelaş timp o creştere foarte însemnată a petei lui Mariotte. Examenul a fost făcut după procedeul lui Helucholtz, deplasând în scotom un condei cu cerneală şi marcând toate punctele, unde începe să se vadă.

N. SCALINCI. — **Patogenia cataractei primare.** Se ştie că până acum nu s'a putut cunoaşte constituţia fisicohimică a cristalinului. Cercetările lui Bottazzi şi Scalinci au putut clarifica patogenia cataractei, bazându-se tocmai pe constituţia fisico-chimică a cristalinului. Transparenţa cristalină a lentilei e datorită faptului că substanţele coloidale constitutive se găsesc în stare de *hydrogel* organic, adică sunt alcătuite din facoproteină solubilă şi alta insolubilă, ambele in stare de alcaliproteină şi distribuite în aşa chip ca să formeze cu lichidul, cu care este imbibată lentila, un sistem omogen. Raţiunea fundamentală a transparenţei perfecte a lentilei consistă intr'o diferenţiare fisică şi fisiochimică a elementelor originare ale cristalinului.

După autor opacitatea cristalinului ar proveni ori de câte ori alcalinitatea facoproteină s'ar modifica prin acidifiarea organică a lichidului ambiant în care se găseşte lentila, ceeace ar provoca precipitarea proteinelor sale. Ast-fel s'ar explica formarea de cataractă la indivizii uremici, oxalurici, diabetici. De asemenea cataracta apărută după convulsiuni (isterie, epilepsie, tetanos) ar proveni prin producerea de acid lactic, care modifică reacţiunea sângelui. In sfârşit la suflătorii în sticlă, cataracta ar proveni prin acumularea acidului carbonic în sânge, din pricina stărei circulatorii.

Totuşi, afară de acţiunea opacifiantă a lichidului endocular, trebue ţinută socoteală de starea pereţilor vasculari şi a epiteului secretant al proceselor ciliare; astfel nu s'ar putea pricepe de ce cataracta nu apare la toţi indivizii cu acidosă organică.

H. de WAELE. — **Astenopia nervoasă prin lumină electrică. Intrebuinţarea sticlei galbene.** Autorul publică observaţiunile a 6 cazuri de astenopie acomodativă, la cari nu găsi nici o cauză, care explica de obicei astenopia, adică ipermetropie, astigmatism ori insuficientă însemnată de convergenţă.

Toţi aceşti indivizi însă se plâng de oboseală dureroasă a ochilor scara, îndată ce începe să lucreze la lumina lămpilor cu arc voltaic.

Waele explică această astenopie, prin influenţa razelor izolate produse în mare cantitate de lămpile voltaice.

Prescriind la aceşti indivizi ochelari galbeni, cari au propietatea de a intercepta razele ultra-violete, fenomenele de astenopie au dispărut imediat.

Autorul sfătueşte să se prevadă în ateliere lămpile acestea cu globuri galbene sau mai bine să fie aşezate în aşa fel ca să nu lumineze decât prin raze reflectate.

Octombre.

ARMAIGNAC. — **Măsurarea şi notarea câmpului vizual.** Scopul principal al acestui articol este de a atrage atenţiunea confraţilor asupra felului cel mai nemerit de a lua câmpul vizual întregal prin rotaţiunea feţii bolnavului aşa încât obstacolul format din nou, să dispară, şi totdeodată a demonstra că limitele acestui câmp visual fisiologic sunt mult mai întinse decât au arătat cei mai mulţi din autori. Pe dealtă parte autorul recomandă a reprezenta câmpul vizual printr'o serie de cifre în felul cum indicase deja Gillet de Graudmont.

AUTONELLI. — **Patologia vasolacrimală în sifilisul ereditar.** v. această revistă pag. . . anul 1910.

COULLAND. — **Apreciarea distanţelor în vederea binoculară normală.** Acuitatea vizuală joacă un rol considerabil în perceperea reliefului şi în aprecierea distanţelor. După cum un observator va fi dotat cu o acuitate vizuală superioară sau inferioară celei normale; va vedea între imagiunile reflectate pe retineie sale diferenţe, cari îi vor da o percepţiune stereoscopică mai mult sau mai puţin depărtată.

După calculele făcute de autor, un individ normal (ochii depărtaţi de 65 mm. şi cu acuitatea vizuală = 1 la ambii ochi) nu poate deosebi pe una din retine marginea unui punct situat dincolo 223 metri, de aceea a unui punct situat la infinit, cu alte cuvinte este geometriceşte şi fiziologiceşte incapabil să perceapă relieful dincolo de 223 metri.

Din punct de vedere militar vederea binoculară nu ne poate sluji pentru aprecierea distanţelor sau exactitatea unui tir decât la slabe distanţe. Dincolo de 240 metri, un ofiţer strabic sau anisometrop cu acuitatea unui ochiu = 1 şi a celui lalt = 0,1 va fi în situaţiune mai bună pentru a judeca precizia unui tir, decât un alt ofiţer cu o bună vedere binoculară, dar care are acuitatea la ambii ochi = 0,8, sau mai mică.

CAUVIN. — **Şancrul îndurat al pleopelor.** Autorul cu ocazia unei observaţiuni de şancru indurat al pleopelor, expune un studiu general al acestei boale. Tratează etiologia, (contagiunea), simptomele, caracterele diferitelor localizări ale şancrului palpebral, diagnosticul, pronosticul şi tratamentul.

In observaţie e vorba de un copil de 10 luni, căruia i s'a făcut injecţiuni cu 5 miligrame de biiodur de Hg., în total 40 miligrame în 21 zile cu o toleranţă perfectă şi fără durere apreciabilă.

CLERGERIE. — **Oftalmoplegie sensitivo-motrice totală a ochiului drept cu cecitate.** Este observaţia unei femei de 50 ani, fără antecedente ereditare şi personale demne de notat, care prezentă în urma unor cefalee oftalmoplegie dreaptă, care devine încetul cu încetul totală, paralizii ale tutulor muschilor interni şi externi precum şi paralisia rămuri oftalmice a trigmenului (anestezia corneei şi conjunctivei). Exoftalmie Tratamentul mercurial intensiv aduse vindecarea paralisiilor, dar nervul optic se atrofie definitiv, dând loc la cecitate.

GABRIELIDÈS. — **Conjunctivită prin ecbalium elaterium.** Un caz de blefaro-conjunctivită uşoară produsă prin sucul fructului de ecbalium elaterium (castravete sălbatic, giclet), pătruns în ochiu.

Noembre.

VAN DUYSE. — **Endotel (peritel) sau epitel? Contribuţiune la studiul tumorilor orbitei,** (continuare).

TROUSSEAU. — **Cauterizațiunea ignee a herniilor irisului și oftalmia simpatică.** Autorul expune pe scurt observațiunile a 5 cazuri de cataractă operată și în urma căreia apărând hernia irisului, aceasta a fost distrusă cu galvano-cauterul. In urma acestei secunde intervențiuni s'a declarat oftalmie simpatică.

Iată cum conchide Trousseau: Cinci cazuri de o așa importanță reunite de un singur observator, care n'a văzut niciodată oftalmie simpatică apărând după o resecție simplă cu cuțitul sau cu foarfeca lui de Wecker a herniilor iriene postoperatoare, trebue să dea de gândit chiar acelora a căror credință e tare în galvano-cauter, distrugătorul oricărui germene periculos și vindecător al oftalmiei simpatice.

PÉCHIN. — **Atrofie optică simpatică.** Această formă de oftalmie simpatică a fost studiată întâia oară de Mooren în 1869. In 1897 și 1904 Nuel atrase serioasa atențiune asupra acestei afecțiuni publicând 22 observațiuni.

Péchin adaogă încă 2 noi.

E vorba de 2 corpuri streine metalice intraoculare, cari deteră loc la pierderea vederii. In celalt ochiu după un timp oare care (câte-va luni în primul caz, câte-va săptămâni în al 2-lea), vederea începu să scadă și se constată o atrofie parțială a nervului optic.

TERSON. — **O scrisoare oftalmologicică a lui Woolhouse (1650—1730) către E. T. Geoffroy** (dela Academia de Științe). Un autograf rar și important din punct de vedere al istoriei oftalmologiei.

WECKERS și HENVELMANS. — **Fistulizare experimentală a camerii anterioare prin sclerectomie.** In urma examenelor microscopice, făcute pe 11 ochi de iepure sclerectomizați, autorii au tras următoarele învățăminte:

1) Pentru a obține o fistulă, care să permită degajarea directă a umoarei apoase în spațiile subconjunctivale, trebue ca excisia să fie făcută asupra întregei grosimi a scleroticei. 2) Excizia trebue făcută cât mai aproape de cornee. 3) Scleroctomia făcută fără iridectomie expune la inelarea și la hernia irisului în plaga sclerală.

GABRIÉLEDES. — **Keratita primăvăratică.** Este observațiunea foarte interesantă a unui băiat de 15 ani, la care se declară o keratită în cursul unei conjunctivită primăvăratice, sub forma unei pete superficiale, cenușii, suprafață de 3 mm. pe 1 mm. 5, cu marginile bine limitate, fără infiltrație, nici vascularisare.

Decembre.

BUSY și COPPEZ. — **Traseuri grafice ale nistagmului.** Traseurile grafice luate cu un aparat imaginat de Buys, în nistagumus, au permis de a divide această afecțiune în nistagumus pendular sau rectilin și rotator.

Aparatul acesta mai simplu decât al lui Wojatschek poate lua traseuri fie că bolnavul stă pe loc sau umblă, fie că în picioare, pe scaun sau culcat.

VAN DUYSE. — **Endotel (peritel) sau epitel? Contribuţiune la studiul tumorilor orbitei.** In urma studiului său asupra tumorilor orbitei şi în special în urma coloraţiunei punctelor intracelulare în celulele epitelioide, cu ajutorul hematoxilinei ferice a lui Haidenhain, autorul conchide astfel: Este stabilit că orbita conţine tumori de *origină epitelială* constituite de elemente epiteliale şi considerate până acum ca fiind de *natură endotelială*.

Inconjurate de o capsulă, aparenţa lor anatomică *carcinomatoasă* e în contrast cu mersul lor benign.

Ele răspund tumorilor *fibro epiteliale mixte embriogene*, descrise de Hinsberg în glandele salivare şi palatul gurei.

Origina lor este ectodermul ante-ocular vecin cu grămada conectivă, care va da naştere la cea mai mare parte din peretele orbitar.

F. LAGRANGE. — **Luxaţia subconjuctivală a cristalinului în sus şi înăuntru; migraţiunea în fundul de sac conjunctival în jos şi în afară.** Este observaţiunea unui caz de migraţiune secundară a unui cristalin lucrat sub conjunctivă bulbară. Autorul crede că această migraţiune a fost provocată de contracţiunile spasmodice ale orbicularului bolnava fiind foarte nervoasă.

Studiind circumstanţele etiologice, ale migraţiunei, confirmă, cele stabilite de Cantonnet, anume: prezenţa capsulei cristalinului, un epanşament chemotic abundent, greutatea şi contracţiunile orbicularului.

CHEVRIER şi CANTONNET. — **Analgesia regională în chirurgia pleopelor şi aparatului lacrimal.** Vedeţi această revistă pag. . .

BJERKE. — **Un nou diploscop. Aparat permiţând măsură tutulor deviaţiunilor latente ale ochilor.**

BEAUVIEUX. — **Dacrioadenită palpebrală acută.** Este expunerea a 6 observaţiuni de acrio-adenită palpebrală acută de origină exogenă, întâmplată la copii dela vârsta de 17 luni până la 13 ani. La 3 bolnavi, afecţiunea s'a terminat prin resoluţiune, fără a supura, graţie compreselor calde repetate şi instilaţie de nitrat de argint (0,03 la 10). In celelalte cazuri s'a format câte un abces, deschis spontaneu la nivelul proeminenţii subconjunctivale a glandei.

Autorul insistă asupra caracterului aproape epidemic al boalei, asupra localizării la porţiunea palpebrală a glandei şi în fine asupra simptomelor, evoluţiei şi tratamentului boalei.

BONNEFON. — **Heteroplastie orbitară prin grefă de ochiu de epure. Observaţii urmărite timp de 8 şi 9 ani.** In urma a 2 observaţiuni publicate, autorul susţine:

1. că ochiul de iepure de casă, convenabil grefat în orbită, trăeşte aci fără nici un pericol pentru cel care-l poartă.

2. că singurul proces atrofic notat se reduce la resorbţia repede a mediilor interne ale ochiului, care dă loc la un ramolisment constant al grefii în ultimele zile.

3. că o ipertrofie a corneei şi scleroticei care le îngroaşe îndoit şi întreit, succede resorpţiunea şi o compensează.

4. că bontul astfel căpătat, susţine piesa artificială şi o mobilizează.

DR. ILIE CONSTANTINESCU.

Varia

JAMES WILSON. — **The etiology of. Typhus fever.** *The journal of Hygiene.* Aug. 910 p. 52. W. făcând numărături citologice amănunţite şi repetate ale elementelor sanguine în 12 cazuri de tifus exantematic a găsit, că în timpul perioadei febrile leucocitale polimorfo-nucleare sunt în proporţie de aproape $70\,^0/_0$; mono-nucleare mari ale lui Erlich, în mod constant se găsesc în proporţie mai mare ca în stare normală ($25\,^0/_0$) proporţie care e păstrată în timpul convalescenţei. Nucleii lor sunt mari, rotunzi, ovali, uniformi, uneori sunt câte 2 în celulă. Citoplasma e abundentă cu vacuale numeroase uneori. Numărul acestor celule creşte cu cât boala înaintează. Limfocitele mari şi mici sunt relativ scăzute ca număr ($10\,^0/_0$); iar eusinofilele lipsesc cu totul sau sunt foarte rari; reapar odată cu defervescenţa, ating repede cifra normală, pe care uneori o şi întrec. De alt-fel cam la acelcaş rezultate au ajuns mai toţi autorii cari s'au ocupat cu această chestie (Mott şi Blore, Love, Slătineanu şi Gălăşescu, Lucksch).

W. crede că bastonaşele în formă de haltere de 2—3 microni descrise de Slătineanu şi Gălăşescu, Mott şi Blore, sunt micrococi în diviziune; corpusculele flagelate găsite de Thoinot, Calmet şi Lewaschew sunt mai repede fragmente celulare, de cât parasiţi; nu se poate stabili dacă corpusculele descrise de W. Golschlich şi alţii sunt sau nu protozoare.

A făcut culturi din sânge către sfârşitul primei săptămâni, sau începutul celei de a doua (technica: 5—10 cmc. sânge e însămânţat în 100 cmc. bulion glicozat, care e păstrat 24—48 ore la 37°C şi apoi e reînsămânţat în medii solide cu agar, agarascită, agarascită glicozată etc.), dela 33 bolnavi şi a obţinut în 15 cazuri culturi pure de diplococi: sunt uneori 4—6 aşezaţi în lanţ; iau gram. Culturile seamănă ca aspect mai mult cu acelea ale b. Eberth, de cât cu ale stafilicocului; în jumătatea cazurilor ea lichefiează gelatina după a X-a zi. Fermentează cele mai multe din mediile obişnuite zaharate, cu glucoluză, leuvoloză, galactoză, maltoză, zaharoză, lactoză, glicerină, dextrină, manită (numai unele varietăţi); pe celelalte nu le fermentează. Nu sunt virulenţi pentru oameni şi cobai.

Indicile opsonic al serului de la 4 bolnavi cercetaţi din ttmp în timp s'a găsit totdeauna mărit, mai ales către începutul convalescenţei. Puterea lui aglutinantă asupra unei emulsiuni fine de coci este de 5—20 ori mai mare ca a serului normal, a căru limită superioară atinge abea proporţia de $^1/_{20}$; numai în rare cazuri serul difentericilor aglutinează până la $^1/_{100}$, de 4—5 ori mai slab deci ca acela al bolnavilor de tifos. Nu toate varietăţile de coci sunt aglutinate cu aceeaş putere de acelaş ser; de obicei cocul izolat de la un bolnav e aglutinat mai bine ($^1/_{500}$) de serul aceluiaş bolnav.

Dacă la o picătură de ser conglutinat de la un bolnav de la care s'a izolat un coc, se adaugă 19 picături de apă fiziologică şi mai multe anse dintr'o cultură pe agar al cocului corespunzător, centrifugându-se după 4 ore amestecul, lichidul de centrifugaţie îşi pierde ori-ce putere a aglutinantă faţă de acelaş coc, poate numai o parte sau chiar totalitatea acestei puteri faţă de celalt microb, după cum absorbţia s'a făcut cu varietatea care nu fermentează manită s'au cu aceea care o fermentează, dar care nu lichefiază de loc gelatina.

Toate aceste fenomene (aglutinarea, indicile, opsonic, absorbţia) aşa de nete şi constante arată că în ser se găsesc anticorpii diplobacililor descrişi, că deci organismul bolnavilor de tifos a fost infectat de aceşti microbi. W. nu poate afirma dacă chiar ei ar fi agentul patogen al boalei, dar ca şi Slătineanu, şi Gălăşescu, Krompecher, Goldzieher ş. a. crede că e vorba de o infecţie secundară . . . .

Mochutkovski cu mare greutate şi numai după mai multe inoculaţii cu sânge de la bolnavi de t. exantematic în perioada febrilă a răuşit să-şi transmită boala; Yersin şi Vasal au căpătat rezultate pozitive pe doi indigeni din Indochina cărora le-a injectat s. c. 0,5 cmc. de sânge luat între 2—5 zile de la apariţia exantemului; incubaţia a fost între 14—21 zile. Nicolle a transmis-o unui cimpauzeu, şi de la acesta unui macacus. Anderson şi Goldberger urmând aceeaş cale au provocat la Macacus Rehsus şi Cebus Capuchinus, o febră caracteristică, care apărea după o inacubaţie de 5—11 zile, ţinea cam 13 zile şi care era foarte asemănătoare cu aceea a tifosului uman. Au transmis-o şi de la maimuţă la maimuţă. In sângele de care s'a servit n'a găsit nici un micro-organism; trecut prin filtrul Berkefeld îşi pierde virulenţa. A şi G. cred că diferitele micro-organisme descrise şi cultivate de diverşii cercetători, nu pot fi de cât rezultatul infecţiilnr secundare şi virusul propriu zis nu poate fi cultivat pe mediile obişnuite.

Diagnosticul diferenţial dintre f. tifoidă şi tifosul uman e foarte greu de făcut, chiar servindu-ne de metodele de laborator. E adevărat că în prima se găseşte de obiceiu leucoeemie pe când în cea dea doua leucocitoză. Dar diferenţele nu sunt totdeauna aşa de accentuate. Mononucleoza caracteristică tifosului există şi în febra tifoidă, e datorită probabil în ambele cazuri unei infecţiuni secundare prin colibacili, cari nu ajung nici odată până în sânge, căci infecţia pornită de la interide prin limfatice, se generalizează numai în ele, de unde microbii pot fi eliminaţi în parte prin băşică (Coleman şi Buxton.)

Reacţiunea lui Widal încă nu are de cât o mică valoare, căci W. a găsit-o pozitivă între $^1/_{50}$—$^1/_{500}$ la 19 bolnavi de tifus din 35 examinaţi. Diagnosticul a fost totdeauna făcut pe etiologie, simptomatologie, culturi negative din sânge, urină şi fecale. Paterson a obţinut reacţia lui Widal pozitivă între $^1/_{50}$—$^1/_{1000}$ cu serul a 9 din 10 bolnavi examinaţi.

Nu ştie de ce alţi autori între cari Slătineanu şi Gălăşescu au avut totdeauna rezultate negative. Probabil că în cazurile sale, ale lui P. şi Herinchi era vorba şi de o infecţie secundară datorită probabil colibacului.

Epidemiile spontanee sunt datorite de cele mai multe ori purtătorilor microbilor specifici, fie vindecaţi fie infectaţi dar neîmbolnăviţi; sărăcia, mizeria, foamea, aglomeraţia lucrează fiie micşorând rezistenţa organizmului, fie schimbând flora intestinală defavorabilă cu o alta favorizantă (Kelsch), fie că numai în asemenea condiţii găseşte virusul mijloacele necesare de propagare. Majoritatea autorilor (Chantemesse, Curschmann) cred că infecţia se face din aer prin intermediul respiraţiei dealungul traectului respirator.

Netter însă incrimiează mai mult tubul digestiv. Hay, Nicolle, Comte, Conseil, bazaţi pe experienţe pe maimuţe, afirmă că boala e transmisă de muşte şi ploşniţe; Anderson şi Goldberger de păduchi, cari se infectează întâi înţepând un bolnav şi apoi transmit tot prin înţepături virusul la alţi indivizi sănătoşi.

DĂNULESCU

Anul VI, No. 11—12. Noembrie—Dec. 1910. Volumul II.

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

II

EPIDEMIA DE CHOLERĂ IN RUSIA

IN

DIFERITELE GUVERNĂMINTE

ŞI

MĂSURILE PROFILACTICE LOCALE DELA 1907-1910

REGIUNILE PE VOLGA

Epidemia de choleră în guvernământul „Samara“

Guvernămîntul „Samara“ a fost în general în mai toate epidemiele de cholera în Rusia, unul din cele mai atinse. In adevăr în secolul trecut cu începere dela anul 1829 şi până în zilele noastre cholera a fost de 18 ori în guvernamîntul Samara. Epidemia s'a ivit întotdeauna în primul an al apariţiei ei în Rusia. ultimele epidemii din Samara în 1902, şi în 1904, înaintea celei actuale au fost aduse din regiunea Trans-Caucasiană şi din Persia prin Astrachan. In total în 84 ani, au fost 20 de ani cu epidemie de choleră. In acest interval de timp în guvernămîntul Samara, au fost *65.734* cazuri din care morţi *29.288* în Samara, In general în guvernamîntul Samara, epidemia de choleră a ţinut cîte 4 ani, cu întrerupere fie după un an, apoi trei ani în şir, sau doi ani în şir, întrerupere şi iar doi ani.

In anul *1907* pentru prima oară, epidemia pare a se declara deadreptul în guvernămînt şi anume chiar în oraşul *Samara*, capitala guvernământului.

Nu s'a putut stabili în mod sigur origina infecţiunei în primele cazuri. Primul caz. la 3 Iulie, a fost un lucrător, cu locuinţa în centrul oraşului, cazangiu de profesiune, care lucrase într'un atelier pe malul Volgei, lângă gura râului Samara, unde în acest oraş se lucra la desfundarea râului şi se scosese mult nămol din matca râului.

A avut simptome de gastro-enlerită acută, (netipice) şi a sucombat după 24 ore. Nu s'a putut stabili, dacă a avut contact cu lucrători din alte părţi. A 2 zi, în acelaş spital judeţean a fost primit cu aceleaşi simptome, un lăcătuş de profesie care locuea la marginea oraşului pe malul Volgei.

Acesta s'a vindecal după 3 zile. Scaunele acestor doi bolnavi n'au fost examinate din punct de vedere bacteriologic. Aceşti bolnavi au fost izolaţi în pavilioanele No. 12 şi 13, după ce fusese ţinuţi în camera de primire. La 6 Iulie se îmbolnăvi supraveghetoarea pavilioanelor citate şi a sucombat la 8 Iulie. Examenul bacteriologic a arătat prezenţa vibrionilor cholerici, în conţinutul intestinal.

La 8 Iulie, servitorul, care îngrijea de camera de primire şi care de câteva zile suferea de diaree se îmbolnăvi cu simptome grave şi a sucombat. Examenul bacteriologic şi la acesta a arătat prezenţa vibrionilor cholerei. La 20 Iulie pe baza acestor prime cazuri, oraşul Samara a fost declarat de *ameninţat* de choleră.

Ivirea acestor prime cazuri în oraşul Samara, se consideră a fi fost începutul epidemiei din anul 1907. Asupra originei, lor, s'a discutat la congresul anticholeric din anul 1908, fără a se fi ajuns la o concluzie sigură. In adevăr d-rul Kloelnitzki din Astrachan ca şi d-rul Taranuhiu, care au făcut cercetări bactereologice asupra apei din Volga, din Samara şi de lângă Astrahan au fost de părerea că epidemia ar fi avut de la început o *origină hdirică* şi au susţinut teoria conservărei vibrionilor cholerici în nămolul râului Samarca, cu păstrarea vitalităţei lor, teorie care a fost combătută de prof. Wissokovich, Podvisotsky şi Zabolotny, care au presupus contagiunea prin lucrători *cholera-trageri* veniţi din Astrahan sau de mai departe. Dr. Zemblenor, medicul Căilei ferate Sîzron-Viazura, susţinu possibilitatea aducerei infecţiei de către pelerinii-musulmani, în deosebit a hadgiilor sarţi, din care în fie care an mor pe drum cîţiva pe linia Snmara. Orenburg-Taşkent. A căuta *cholera-trageri* între dînşi ar fi fost de mare folos. Din dările de seamă, asupra mersului epidemiei în guvernamîntul Samara, rezultă ca orașul *Samara* a fost primul focar de contagiune, de acolo s'a întins mai mult prin *contact* în diferite județe, în orașele și sate în foarte puține părți s'a putut stabili origina holerică, In tot anul 1907, înăuntru guvernământului a fost puțin intensivă, dar foarte extensivă.

Mortalitatea față de cazuri de boală a fost destul de mare. In total în întreg guvernământ au fost 1155 cazuri de boală cu *594* morți, morbilitatea prin *holera* față de cazuri de alte boale, în acelaşi guvernământ, *11.34*—După intensitatea epidemiei în diferite localități din Rusia, în anul 1907, a fost în rândul al 4-lea, *(primul* după intensitate, l'a ocupat guvernământul *Astrachan,* al 2-lea Kiep, al 3-lea Saratov).

In orașul *Samara,* epidemia după primele cazuri s'a desvoltat încet; timp de 3 săptămâni au fost numai cazuri izolate, la 23 Iulie s'au înregistrat *maximum* zilnic de cazuri = 15 într'o zi. In total în oraș, timp de *113* zile au fost *341* cazuri sigure da cholera și 224 suspecte. —(In anul 1892, fusese 3210 cazuri de boală numai în oraș).

Nu trebuie uitat ca orașul Samara, prin conducte de apă se alimentează cu apă din puțuri *artesiane,* nu din Volga.—In schimb, însă nu e canalizat.

In diferite județe din guvernământ, epidemia s'a desvolfat în modul următor. Primul cas a fost la 20 Iulie, în județ. Stavropol în satul Melehes. S'a îmbolnăvit un lucrător, venit dela lucru din orașul Samara și după el rudele lui. Satul Mekeles, fu focarul de contagiune pentru alte sate învecinate. Apoi epidemia a fost adusă în județele Nekolaerski, Buzuluski, Samarski și Buguruslanski tot în acelaș mod, prin țărani, care fusese la lucru în Samara. Apoi *August,* când epidemia apăru simultaneu în *patru sate,* din județul Nikolaeski pe șoseaua Samara-Ural, a fost dusă prin țărani, care duceau grâu cu care la Samara și se întorceau de acolo.

In județul Buzuluski, se îmbolnăvi primul, un țăran, care se întorsese din Samara. In județul Samarski, a adus epidemie un băiat, venit de pe malul Volgei din Samara. *Numai într'un singur* județ Novougenski, în satul Pokrovskaia visavis de Saratov, s'a constatat infecția a fi provenit din apa râului Volga.

Deci în totul a fost o epidemie *de contact.*

Epidemia a durat în sate câte 10—14 zile, în orașe câte 1—2 luni. Timpul de începere, și numărul casurilor în 1907 în diferite judeţe din guvernământul Samarei a fost următorul după darea de seamă a Zemstvoului:

1. Oraşul Samara: început la 3 Iulie, sfârşit la 23 Octombrie şi anume morţi de holeră în oraş: Iulie 38, August 125, Septembrie 56, Octombrie 9.

2. Judeţul *Stavropol*: început la 20 Iulie, sfârşit la 12 Septembrie, 5 sate atinse, 50 cazuri, 99 morţi.

3. Judeţul Samarski: început la 2 August, sfârşit la 14 Octombrie, 24 oraşe şi sate atinse, 79 casuri (afară de Samara), 30 morţi.

4) Judeţul Buzulukshi început la 3-4 August, sfârşit la 28 Septembrie, 16 sate atinse, 70 cazuri, 47 morţi, (mortalitate 51,5°/o

5) Nikolaevski judeţ: început 3-5 August, sfârşit 10 Ianuarie 1908, 532 casuri, morţi 334, mortalitate 62,78°/o; 42 sate atinse.

6. Novo-uzenski: început 17 August, sfârşit 23 Octombrie, 22 sate atinse, 254 casuri, 166 morţi, mortalitate 69,29°/o.

7. Judeţul Buguruslanski, 9 cazuri, 4 morţi.

In general, în toate epidemiele de holeră, în guvernământul Samara, până în 1907, holera s'a început cel mai de timpuriu la 13 Iunie, şi cel mai târziu după anotimp în Septembrie. N'a fost nici odată în Martie, Aprilie, Mai.

Judeţul Nikolaevski, în toate epidemiele şi mai cu seamă în 1892, 1904 (când a fost epidemie în 3 judeţe) şi în 1907, a fost comparativ cel mai bântuit de holeră. Din contră judeţele Buguruslavski şi Bugulmenski s'au arătat în general refractare la epidemie. După unii din medici, care au lucrat în sus numitele localităţi, causele deosebirei în desvoltarea epidemiei s'ar datori modului de alimentaţie cu apă, râu, puţuri, eleştee, după alţii condiţiilor generale climaterice deosebite pentru fiecare localitate sau stărei materiale a locuitorilor. — Ultima causă fiind preponderentă după unii, epidemia de holeră în guvernământul Samara, fiind întotdeauna precedată de câţiva *ani de foamete*.

In anul 1908 epidemia începe în guvernământul Samara la 8 Iulie (odată cu epidemia în guvernământul Saratov), în timpul anului dă 1446 casuri, din care 667 mortale,

In anul 1909, epidemia de holeră a dat în total 593 casuri, din care mortale 348, cam 57°/o mortalitate.

Au fost atinse de epidemie în total 68 sate, din care majoritate (365 cazuri) în judeţul Nikolaevski, 102 casuri, în judeţul

Samarski, 31 casuri în iudeţul Bugulukski, 30 cazuri în judeţul Buguruslavski şi 14 casuri în judeţul Novo-ugenski.

Analisând condiţiile sanitare a diferitelor localităţi, din guvernământul Samara, constatăm că judeţul Nikolaevski după descrierea medicilor egidemiei se găseşte în condiţiuni sanitate *rele* cu deosebire.

Satele aci în generel sunt depărtate unele de altele, plăşile medicale au unele rază de câte 60-70 kilometri, mai multe sate, din cele bântuite, au ca izvor de apă râurile Motcha şi Irghiz, în cari au fost găsiţi vibrioni cholerici şi în care se scurg toate lăturile satelor. Rufele bolnavilor cholerici se spătau în apa acestor râuri. In sate unde populaţia întrebuinţa apa din puţuri, acestea erau primitive, prea puţin adânci, rău îngrădite şi rău întreţinute.

Cu toate aceste, chiar cu aceleaşi condiţiuni sanitare în deobşte rele, s'a putut observa ca unele localităţi ca Bugulminski şi Buguruslavski par a avea o *immunitate* causele cărei încă nu s'au putut descoperi) faţă de epidemie, iar unele ca Nikolaevski, par din contră a fi predispuse la desvoltarea ei.

Despre starea sanitară a oraşului *Samara* congresul anticholeric din anul 1908, a avut darea de seamă a d-rului Kanski, care a descris într'un mod foarte suggestiv starea lui actuală şi în mod indirect cauza epidemiei.

Oraşul Samara se află aşezat pe o peninsulă formată între Volga şi afluentul ei Samarca. Suprafaţa peninsulei e formată din două povârnişe, limitate din partea malurilor Volgei şi Samarcei prin şanţuri. Malurile sunt foarte populate, în fiecare an înmulţindu-se construcţiuni locuite de populaţia cea mai săracă a oraşului. In fiecare primăvară şi după ploi mari pe străzile oraşului curg şiroaie de apă turbure, cari duc cu ele toate murdăriile şi detriturile oraşului, se scurg în cele două râuri, iar când apele sunt mici, formează lângă maluri, mlaştini, basinuri de ape stătătoare; două din aceste basinuri sunt înăuntrul oraşului, şi cu apa lor, în anul 1907 s'au găsit de d. Taraneabien vibrioni cholerici.

Principalul focar de infecţie, a apei din Samara, sunt depozitele de gunoae din oraş. Sunt aşezate pe un platou, cu 20 stânjeni mai sus de centrul oraşului şi poartă numele de gropile Vedeneef; se află formate în terenul fissurat de gips şi calcare, comunicând prin fissuri cu rezervoriile de apă. Gropile sunt de mult pline şi gunoaele se depun pe deasupra. Conţinutul latrinelor şi lăturile se adun toate în acelaş loc şi de acolo se scurg printr'un şanţ în râul Samara, neputânduse infiltra în subsolul impermeabil argilos. Socotelile au arătat însă că numai 15°/$_0$ ($7^1/_2$ milioane de vedre) din toate murdăriile oraşului sunt aduse la depozit, iar 85°/$_0$ ($48^1/_2$ milioane vedre) rămân pe lângă locuinţe în oraş. O parte din acestea se scurge apoi ca ape meteorologice, o parte se infiltrează în stratul de deasupra solului şi se scurge apoi prin fissurile solului impermeabil, fie în râu, fie în puţuri.

Mortalitatea generală a oraşului Samara, în ultimii ani, oscilează între 45—50 la °/$_{00}$ locuitori. Oraşul Samara a devenit unul din focarele de propagare a epidemiilor în toată ţara, fapt care se explică prin poziţia ei geografică, fiind punctul de întâlnire a celor 2 linii de cale ferată spre Orient şi a drumului principal pe apă. Toţi cei ce emigrează în Siberia trec prin Samara. Aici e şi punctul lor de popas.

In anul 1907, prin calea ferată Samara-Zlatonst au trecut 650 mii ţărani emigraţi, iar în anul 1908, numai în luna Martie, au trecut 102.000. De altă parte toate produsele din josul Volgei de pe Marea Caspică şi din regiunea Trans-Caspienă, trec transit prin Samara. In vederea tocmai a pierderilor suferite de comerţul ţărei, în timpul epidemiilor din Samara, se stărui pe lângă guvern de mult pentru o asanare radicală a acestui oraş, deci înainte de toate pentru canalizarea oraşului.

Dacă înainte de a trece la măsurile profilactice din guvernământul *Samara,* considerăm cifrele cazurilor din anii consecutivi în actuală epidemie vedem :

Că în *anul 1907,* începutul epidemiei fiind la 3 Iulie, epidemia a dat în total *1155* cazuri din care 594 morţi, ultimele cazuri observate *în Ianuarie 1908.*

In *anul 1908* epidemia reâncepe la *10 Iulie* se termină *în Octombre,* cu un total *de 1446* cazuri, din care *667* mortale.

In *anul 1909,* în total *593* cazuri, *348* mortale.

In al IV-lean an al epidemiei, adică în anul 1910, epidemia pare a deveni mai virulentă şi mai intensă, dela inceputul epidemiei, 9 Iunie 1910 până la 15 Octombre, avem în tot guvernământul *16.149* cazuri, morţi *7502.* Caşi în anul 1907, epidemia începe în *oraşul Samara* şi apare mai târziu în satele din judeţele învecinate. Caşi în anii precedenţi cel mai atins este judeţul Nikolaevski (în 1910, dela 28 Iunie — 15 Octombre, 4177 cazuri, 1766 morţi) ŝi oraşul *Samara* (în anul 1910 = 1167 casuri, morţi 662). Fapt care ne ar arăta că măsurile profilactice din anii 1907—1910, n'au putut pune stavilă mersului epidemiei.

Măsurile profilactice în anul 1907 s'au luat în virtutea regulamentului defectuos din 1903, adică de către comisiunile sanitare-executive, numite de guvern şi de către patronagele sanitare oficiale, a căror activitate de asemenea s'a mărginit la foarte puţin lucru. La congresul anticholeric din 1908, în mai multe dări de seamă, s'a relevat faptul că comisiunile oficiale sanitare au devenit o instituţie pur biurocratică, care au dat sume de ordonanţe pe hârtie, ce n'au fost aplicate. Administraţia localnică a lucrat în mod independent.

In sate, în unele părţi se făcea curăţenie, se ardea băligarul, se căutau izvoare de apă bună, în altele nu se lua nici o măsură.

Administraţia localnică a guvernământului Samara, consiliul zemstvoului, a organizat în anul 1907 în modul următor măsurile profilactice :

1. Printr'o consfătuire cu consiliile judeţene (zemstvouri) s'a stabilit că cheltuelile pentru salariul medicilor epidemiei şi toate măsurile anticholerice, le vor suporta zemstvourile, primind sume necesare pentru aceasta din darea de seamă a zemstvoului Samara dela administraţia centrală a guvernământului. Cheltuelile se vor fixa prin înţelegerea comună între zemstvourile judeţene şi cel central.

2. Campaniile anti-epidemice delegate de consiliile judeţene vor primi medicamentele şi antisepticele necesare ; în caz de insuficienţă şi de urgenţă pentru a avea cele necesare se vor adresa la medicii plăşilor.

3. Campaniile anti-cholerice, vor fi delegate în diferite localităţi de către administraţia zemstvoului guvernământului ; iar personalul medical inferior, agenţi sanitari, etc. vor depinde de medicii de plasă.

4. Delegarea de campanii epidemici şi angajarea medicilor se face în urma intervenţiei consiliilor judeţene sau după cerinţa medicilor de plasă.

5. Administraţia centrală a guvernământului va fi informată despre toate măsurile ce s'au luat.

6. In caz de lipsa medicului de plasă, spitalul şi tot personalul inferior va fi pus sub supravegherea medicului epidemic, care va fi în capul campaniei.

In vederea măsurilor de luat s'au făcut conferinţe a delegaţilor zemstvoului cu medicii spitalelor şi cu cei epidemici. Au fost 15 asemenea şedinţe în timpul anului 1907.

1. Având in vedere măsurile de *izolare*, s'a hotărît ca bolnavii cholerici să fie primiţi numai în spitalul oraşului, iar cei de alte boale în spitalul judeţean. Pentru examinarea bolnavilor să înfiinţeze o gardă permanentă de doui medici epidemici şi trei „feldşeriţe“ cari să primească pe bolnavi într'un dispensar la poarta spitalului.

2. Apele de scurgere din spital, să se desinfecteze cu lapte de var (1 :1500) aceasta însă în mod provizoriu până la soluţia definitivă, prin organizare de filtraţie biologică. Materiile din vărsăturile şi fecale ale bolnavilor să te desinfecteze în mod deosebit.

3. Să se ceară credit dela guvern 50.000 ruble pentru organizare de măsuri preventive, şi în plus 10.000 ruble pentru prepararea de vaccină anticholerică. (Această cerere a fost satisfăcută, însă foarte târziu).

Ca măsuri preventive s'au emis ordonanţele următoare:

1. A nu se lăsă pe străzi, pieţe şi în curţi să se adune gunoaie, detritusuri, etc., să se depărteze imediat în depozitele comunale.

2. Este interzis a se aruncă gunoiu şi băligar pe malul râurilor, lângă ogoare, puţuri, etc.

3. Este interzis a se muià în apă cânepă, in, etc., în râu, înnăuntrul satelor şi oraşelor, nici în sus de acestea.

4. Puţurile să fie toate prevăzute cu capace şi cu doniţe la fiecare.

5. Este interzis a se spălà lângă puţuri rufe, vase; adăparea vitelor să se facă departe de puţurile cu apă de băut.

6. Este interzis a se face în apropierea puţurilor gropi pentru gunoae şi lături.

7. Se interzice scăldatul în râuri, spălarea rufelor, adăparea vitelor în gârlă, în locuri unde se ia apa de băut.

8. Pieţele, străzile să se curețe după fie-care târg.

9. Hanurile, birturile, ceainăriile să fie curate.

10. Proprietarii şi arendaşii sunt datori a furnizà muncitorilor apă bună de băut şi în cas de boală să pună la dispoziţia bolnavului o căruţă ca să-l ducă imediat la spital, sau la doctor.

In oraşul Samara, în vederea epidemiei s'a cerut a se contramandà în şcoli examenele de fine de an.

Pentru a se popularizà noţiunile despre holeră şi despre măsuri preventive s'a tipărit 50.000 exemplare a broşurei populare „în aşteptarea holerei". pentru a se împărţi gratuit. Broşura s'a tradus şi s'a editat 30.000 exemplare în limba tătară, 20.000 în în limba tehuvaşa şi 30.000 în limba germană.

In vedere că populaţia evită de a beà apă fiartă răcită, care de altfel când nu este bine acoperită servă de bun mediu pentru desvoltarea germenilor, se decide a se împarte gratuit ceai şi zahăr.

Prin intermediul comisiunei sanitare se va interveni la Crucea Roşie pentru organizare de ospătării în judeţul Buguruslanski şi de 22 ceainării în judeţul Nikolaevski.

Având în vedere că populaţia primeşte cu neîncredere şi adesea cu duşmănie campaniile anticholerice se va interveni pe lângă învăţători şi medicii pe plasă, ca să convingă în special pe ţărani de folosul lor. Totodată este de dorit ca medicii şi studenţii angajaţi în campanii epidemice, să ţină conferinţe populare.

Totodată, tot în vederea neîncrederei populaţiunei şi spre a nu provocà duşmănia din partea ei, se va pune în vedere tuturor administraţiuni şi medicilor de plasă şi de judeţ, *de a nu procedà nici odată cu forţa* la măsurile de *desinfectare şi de izolare*, ci numai a supraveghià timp de 5 zile pe cei suspecţi de cholerǎ Acelaşi lucru s'a pus în vedere autorităţilor săteşti.

In vederea asta *se renunţă la organizare de barace cholerice.*

Totodată se decide a nu se arde niciodată lucrurile bolnavilor cholerici.

Se dă o atenţie deosebită organizărei de *infecţii preveetive.*

Se organizează *patru* tipuri de farmacii portative. Se măreşte personanalul farmaciei centrale judeţene.

Antiseptice se trimet deosebit pentru fiecare judeţ, câte 15 kilogr. de sublimat cor. şi câte *180* kilogr. de *ac. fenic.*

Pentru timp de epidemie, se trimet instrucţiuni speciale medicilor de plasă, relative la descoperirea şi înregistrarea primelor cazuri de choleră. Epidemia având tendinţa a se întinde se organizează campanii epidemice de 20 înşi şi apoi de 40 inşi. Se fixează salariul medicilor epidemici, doctorilor câte *300* ruble (800 lei) lunar studenţilor de anul V-lea *200* ruble, celor din anul IV-lea *100* ruble lunar. Tot personalul epidemic va fi asigurat caz de moarte, pe socoteala Jemstvoului.

Campaniile epidemice se trimet la loc, după ivirea primelor cazuri de choleră.

Pentru măsuri preventive şi pentru cercetări prealabile asupra stărei sanitare din anumita localitate, se trimet medici epidemici numai în localităţi, lipsite de medici de plasă.

Pentru pregătirea agenţilor sanitari se deschid cursuri (durata=2 săptămâni) iar pentru dezinfectare se va tipări un manual popular special.

Medicii epidemici nu vor locui în sate unele există medici de plasă permanenţi.

Se vor restaura baracele vechi cholerice de pe malul râului şi se vor face 20 noi.

Se va da o atenţie deosebită şi se va face o înţelegere cu administraţia căilor Navale, în privinţa controlului sanitar pe Volga, pe vapoare şi pe şlepuri.

Se va interveni pe lângă guvern, pentru declaraţia oficială de *contament* a fluviului Volga, dela *Chitrachan* până la Nejni şi pentru introducerea obligativităţei supravegherei medicale a vaselor pe acest parcurs.

In privinţa ultimelor dispoziţiuni zemstvoul din Samara, a trebuit să facă o nouă intervenţie la 27 Aupust acelaş an, nefiind încă organisată nici o supraveghere medicală pe vase.

In general consiliul zemstvoului, prin jurnalul său oficial a constatat, că regulamentul sanitar în ce priveşte organisarea supravegheterei sanitare pe căile Navale şi căile ferate lasă mult de dorit. Şi în privinţa punctelor de supraveghere s'a hotărât a se interveni din nou pentru reorganisarea lor în anul 1908.

Conferinţele sanitare ale zemstvoului din Samara s,au ocupat în special şi de chestiunea ameliorărei furnisărei de apă de băut, în localităţile contaminate de choleră.

In vederea aceasta s'a hotărât, a se face o anchetă în toate satele, despre apă întrebuinţată, prin medici, învăţători şi diferite persoane. care s'ar oferi benevol.

A se însărcina administraţia zemstvoului să facă o anchetă complectă despre starea sanitară în privinţa apei în vrajele şi datele din guvernământul Samara.

A se încuviinţa că administraţia judeţelor se întrebuinţeze din creditul pentru epidemie o sumă de bani pentru reorganisarea alimentărei cu apă.

De altă parte consiliul sanitar a hotărât să intervină pe lângă guvern pentru :

1. Acordare de mijloace pentru construire de puţuri.

2. A se indica administraţiilor judeţene focarele de contagiune cele mai primejdioase din causa infecţiunei izvoarelor de apă şi absenţei de puţuri.

3. A se face puţuri pe socoteala creditului pentru epidemie, însă în fie-care cas special după o consfătuire sanitară.

Această dispoziţie s'a îndeplinit întru cât a fost posibil în timpul anului 1907.

Tot odată, în Iulie anului 1907, după ce guvernământul Samara a fost declarat oficial de contaminat de choleră, au avut în diferite judeţe (districte) din guvernământ consfătuire locale ale zemstvourilor districtelor cu medicii din localitate, şi s'au elaborat anumite măsuri speciale fie-cărei localităţi.

In districtul Bugulminski, consfătuirea medicilor la 24 Iulie, a hotărât înfiinţarea unei reţele de barace pentru choleră, şi angajare de personal epidemic.

S'a hotărât a se comanda vaccina (ser) profilactică deocamdată pentru 100 infecţii—s'a cerut instrucţiuni detaliate asupra serotherapiei în choleră—s'a decis a se face dezinfectate cu formalină şi s'a cerut pentru fie-care plasă medicală câte un aparat Linger.

Baracele pentru *cholerici* să fie în toate punctele de oprire a vaselor pe Volga, în trei plăşi medicale şi în oraşul Stavropol. Se va recomanda populaţiunei întrebuinţarea apei fierte şi curăţirea puţurilor.

Aceste măsuri vor fi obligatorii pentru proprietaru şi arendaşii faţă de lucrătorii lor.

Companiile de dezinfectori să fie deosebite de cele terapeutice. Nu se face în nici un cas dezinfecţia cu forţă.

In districtul Buguruslanski consfătuirea medicală a avut loc la 27 Iulie. A hotărât deschiderea de barace în 3 localitătl. Ca măsuri preventive şi a comandat 500 flacoane de vaccină. Şi pentru organisarea de patronage (comitete) sanitare, pentru a stimula iniţiativa populaţiunei în luarea de măsuri.

In districtul Buzuluvski, consfătuirea medicilor de plasă la 9 August a decis să despartă activitatea medicilor de plasă (remânând această pur sanitară şi profelactică) de a medicilor epidemici, care se vor ocupa cu tratamentul bolnavilor. S'a decis a se interveni la Crucea Roşie, pentru desckidere de ceainării gratuite şi a se organisa în fie-care sat mare (tàrg) câte un comitet sanitar. Ca antiseptic mai bine, s'a pronunţat pentru kypochlorit de calciu şi a cerut de administraţia centrală antiseptice şi vaccina anticholerică. Găsesc necesară înfiinţarea de infirmerii, pavilioane permanente pentru bolnavi în sate mari, iar în cele-l'alte barace-corturi.

In districtul Nikolaevski (cel mai bântuit de epidemie) adunarea medicilor a indicat satele care se arată a fi focarele principale de epidemie şi exprimat desideratul de a se înfiinţa în toate aceste sate puncte de supraveghere-medicală (dispensare). A hotărât punctele unde trebuie să existe etuve pentru dezinfectare, a elaborat lista antisepticelor necesare şi a decis angajarea a 2 campanii epidemice pentru 2 localităţi. A discutat chestia apei, fiind una din cele vitale pentru acest district, a recomandat măsurile profilactice în privinţa apei şi organizarea de ceainării în sate cu apă rea, de expetarii şi „gouttes de lait" cu creşe pentru copii.

Pe lângă comisiunea sanitară— executivă s'a hotărât a se interveni pentru curăţirea pieţelor, străzilor etc. Comisiunile sanitare-executive înfiinţate în districtele guvernământului Samara în 1907, în general au lăsat mult de dorit. Comisiunea din districtul Bugalmenscki s'a ocupat numai cu furnisarea de antiseptice şi ser anticholeric.

Comisiunea din districtul Buguruslanski s'a ocupat cu starea sanitară a oraşului Buguruslan, şi în special cu asanarea tăbăcarilor şi a abatorului oraşului, care se aflau într'o stare infectă.

Comisiunea din districtul Bugulukski s'a ocupat de asemene numai cu starea sanitară a oraşului.

Comisiunea din districtul Nicolaevski având în vedere întinderea predominantă a epidemiei în această regiune, elaborează un proiect de multe măsuri preventive, între care, şi înfiinţarea a mai multor puncte de supraveghere sanitară, care însă au fost mai înainte înfiinţate, de Zemstvoul guvernământului.

Comisiunea din districtul Nano-uzenski, din contra s'a ocupat de starea satelor în deosebit 1) Cerând dela delegaţii zemstvourelor şi dela ispravnicii anchete detailate asupra puţurilor 2) cerând a se închiria localuri pentru bare cholerice.

Această comisiune totodată a organizat comitete sanitare în toate târgurile districtului, care comitete au avut între altele sarcina de a aduna date asupra stărei economice a populaţiunei în earna anului 1907—1908". Cu toate acestea rapoartele în această privinţă n'au fost înaintate Zemstiovului guvernământului. In satul

Pokrovskaia (unde s'a constatat infecţia din apă) s'a acordat 200 ruble, pentru construirea şi întreţinerea unui puţ artesian.

Comisiunea din districtul Samara, s'a ocupat numai cu luare de măsuri preventive în privinţa isolărei bolnavilor şi a înfiinţărei de dispensare.

Comisiunea din Stavropol a înfiinţat patronage sanitare şi puncte de supraveghere medicală în 4 sate.

Comisiunea din târgul Melekes, s'a ocupat cu asanarea târgului.

Comisiunea sanitară-executivă a întregului guvernământ lua măsuri numai după înţelegere cu Janslivodrile şi medicii judeţului. In privinţa dezinfectărei a lăturilor din spitalul judeţean, comisiunea a hotărât, ca deşi defecţiunile bolnavilor cholerici se desinfectează în totdeauna imediat, apele de scurgere a spitalului să fie totuşi supuse purificărei *din fierbere*, înainte de a le da drum în canal.

Zanstvoul guvernământului a avut însă dese conflicte cu administraţia Navigaţiei cât şi cu Căile Ferate, în privinţa organizărei sanitare a măsurilor preventive.

Medicii epidemici în anul 1907 au fost angajaţi de guvernământul Samara, în număr de 26 doctori, 23 studenţi, şi ca personal inferior 67 feldşeri şi feldşere, 59 eleve din şcoala de feldşerie şi 99 agenţi sanitari, împărţiţi în diferite locoalităţi. Dacă considerăm că numai districtul Samara, are 19 plăşi cu 20 medici permanenţi, şi ca alte districte mai mici ca districtul Buguruslanski are 45,000 populaţie, numărul de medici epidemici pare a fi fost insuficient.

Medicii epidemici şi personalul lor inferior sanitar, erau permutaţi după trebuinţă în diferite localităţi de către consiliul sanitar judeţean sau rechemaţi în Capitala judeţului; rechemarea lor se făcea când într'un interval de 10—15 zile (alte ori mai mult) nu se mai ivea nici un caz de boală. Medicii epidemici erau datori a anunţa telegrafic sau telefonic, de câte ori se ivea primul caz de holeră în vre'un sat, şi să trimeata în mod urgent materiile pentru examen bacteriologic.

Fiecare medic epidemic, era dator după sfârşitul epidemiei într'o anumită localitate a înainta un raport detailat asupra mersului ei.

Pentru pregătirea agenţilor sanitari şi a surorilor de caritate, în Capitala guvernământului s'au organizat cursuri, cu durata de o lună și de două săptămâni. Materia cursurilor coprindea:

1. Anatomia și fisiologia; 2) Boalele infecțioase; 3) Ingrijirea bolnavilor, dezinfectarea și măsurile preventive contra cholerei.

Ca măsuri de popularizare s'au luat cele citate mai sus, tipărirea și împărțire de broșuri, organizare de conferințe populare în sate.

In cursul anului 1907 s'au făcut în total (după darea de seamă ofirială) în diferite districte din guvernământul Samara 2391 injecțiuni cu ser preventiv, în 13 cazuri, au fost cazuri de choleră la cei injectați.

Cu toate aceste măsuri, precum am spus mai sus, epidemia de choleră încetată în Octombrie 1907, a mai dat o recrudescență în Decembrie acelaș an până la 10 Februarie 1908. Aceste cazuri au avut loc în 3 din sate din județul Nikolaevski, pe malul râului Motcha, care s'a găsit infectat.

In anul 1908, măsurile luate de zemstvoul guvernământului Samara, au fost cam aceleași ca în 1907. S'au continuat conferințele sanitare ale administrației cu medicii județeni și de plasă. S'au înființat pe socoteala județelor ceainării-ospătării în locurile fixate dinainte, unde se adună mai mulți muncitori, cu dispensare alăturate. Se deschid, odată cu începutul muncei la câmp, și se închid la sfârșitul epidemiei.

Sunt punctele de observație medicală. In toate punctele, în care se face o mișcare mai însemnată de muncitori, se trimet campanii epidemice.

Se face o supraveghere riguroasă a bolnavilor, cari vin la consultațiile spitalelor din orașe. Se acordă un premiu pentru găsirea unui mijloc de desinfectare mai practic și mai bun, a lăturelor din spitale.

Se complectează locurile vacante de medici de plăși, cu studenți din anul al V-lea. Având în vedere, că în anul 1907, baracele de cholerici n'au funcționat, decât în mod excepțional, s'a renunțat la construire de noui barace, rămânând a se închiria în caz de trebuință localuri potrivite.

S'au continuat anchete asupra izvoarelor de apă, cu care se alimentează diferite localități.

Epidemia de choleră în anul 1908, după încetarea ei la 10 Februarie, s'a declarat din nou, *la 16 Julie;* de astădată pare a fi de *origină hidrică*, de oarece se începe nu în orașul Samara, ci în județul Navo-uzenski la 16 Iulie, dă în județul Navo-uzenski 209 cazuri (din 552), morți 102; apoi trece în distr. Nikolaevski, la 18 Iulie, dă *58* cazuri cu 21 morți, de acolo în orașul Samara la 21 Iulie, dă până la 1 Septembrie *161* cazuri, cu *98* morți. In satele din jurul Samarei se ivesc la 14 August. In districtul Stavropol se ivesc la 27 August, în Buguruslanski la 29 August, în Bugulieksi la 3 Septembrie. In total, în anul 1908, în guvernământul Samarei, a fost o epidemie mare: *1446* cazuri, cu *667* morți.

In anul *1909*, epidemia începe târziu. La 4 August în capitala guvernământului, și ține până târziu, în Noembrie, fiind înregistrate ultimele cazuri, dă în total *593* cazuri cu *348* morți.

In anul 1909, în prezența măsurilor preventive, se continuă cu popularizarea injecțiilor preventive: se fac în total *3622* injecțiuni, cu *ser* preventiv, preparat în laboratorul din Samara.

Cât despre celelalte măsuri, e de observat că în anul *1909*, în urma unei circulare dela Senatul Imperiului, *zemstvourile au fost subordonate în activitatea lor anticholerică comisiunilor sanitare executive*, guvernamentele și hotărârilor acestora. In urma acestor centralizări, s'a renunțat cu totul, la deschideri de ospătării, ceainării, etc., precum și la dispensare, în puncte de supraveghiere sanitară. N'au mai funcționat deloc aceste puncte de supraveghere medicală. Regulamentul Căilor Ferate și Navale s'a modificat, tot în sensul centralizărei. Lupta cu epidemia s'a mărginit la trimitere de campanii anticholerice, în diferite localități, compuse în total din 130 inși, din cari 9 medici epidemici, cari însă la vederea slabei epidemii de choleră, s'au ocupat mai mult cu combaterea epidemielor de difterie și scarlatină, cari au bântuit mai mult în acel fin.

După scăderea epidemiei de choleră în guvernământul Samarei în 1909, și precum am arătat totdeodată și micșorarea activitățeî localnice preventive, în anul curent 1910, epidemia reapăru la 9 Iunie, adusă probabil din Saratov, unde începuse mai de vreme (oficial la 7 Iunie). In anul curent epidemia de choleră a bântuit toată vara, fiind foarte intensivă și extensivă, dând până în Octombrie *16.140 cazuri*, morți *7502*. Cele mai atinse au fost districtele: Nikolaevski, Stavropolski, Buguruslanski și orașul Samara. Din toate regiunile para-volgiane în anul curent guvernământul Samarei a fost cel mai bântuit, și din toată Rusia prin intensitatea ei în acest guvernământ, epidemia vine în rândul al 3-lea, după epidemia regiunea Donului și guvern Ekaterinoslav.

Odată cu întărirea măsurilor de centralizare, în anul curent, au încetat și măsurile de asanare generală, precum și conferințele populare. Epidemia continuă încă, deși în mod mai puțin intens în luna Octombrie. In adevăr, avem ca ultime știri, dela 26 Septembrie la 3 Octombrie : 151 cazuri noui, 70 morți. Dela 3—10 Octombrie : 91 cazuri noui, 38 morți. In total până la 9 Octombrie *18421* Bolnavi, *7740* morți.

In vederea extensiunei epidemiei, în August au început a se reînființa, de către Crucea Roșie ospătăriile și dispensarele populare,

Controlul sanitar pe Volga însă a rămas același, administația navigației s'a mărginit la *9 medici* inspectori sanitari, pe tot parcursul fluviului, dela Astrachan la *Nijni*.

In privința modului de tratament a bolnavilor de *choleră* în guvernământul Samara sunt date mai amănunțite numai întrucât privește spitalul orașului Samara. Acest spital are o secție specială pentru cholerici, compusă din 5 salvine, cu 2 camere de gardă pentru medici, farmacie și bae proprie.

O altă secție cu două salvine pentra suspecți.

O secție pentru bucătărie și spălătorie și una pentru personal. Tot de această secție, țin un pavilion, cu o cameră pentru desbrăcarea și desinfectarea vizitatorilor, etc. Un pavilion cu cazan pentru fierberea rufăriei din spital și garderoba pentru bolnavi. Etuva de vapori și aparat pentru desinfectare cu formol. Bolnavii se primesc din oraș, dela Căi Ferate, de pe vapoare și din dispensarul spitalului județean.

Se primesc toți bolnavii în timp de epidemie, cu vărsături și diaree. Greutatea primirei și a diagnosticului imediat constă în faptul că foarte adesea nu se găsesc la primul examen bacteriologic *vibrioni* în scaunele bolnavilor. Au fost de altă parte bolnavi, cu stare generală normală și cu diaree simplă, la care se găseau vibrioni. De asemenea în timpul convalescenței, vibrionii dispar și apoi apar din nou. Simptomele clinice la începutul epidemiei sunt cele mai variate.

Au fost cazuri de vindecare după un stadiu de algiditate de 48 ore, cu temperatura 35.1—35.5. Complicațiuni puține, însă în timpul convalescenței, o stare de *psichoze*, cu agitație, insomnii trecătoare. Tratament simptomatic : Calomel la început, salol tannin și permanganat de K., în poțiune și clisme s'au întrebuințat mult şi cu succes *injecţii intravenoase* cu soluţie de sare. Injecţii cu oleu camforat, băi calde şi pungi de cauciuc cu apă caldă extern.

Injecţiile saline intra-venoase, nu dau rezultate numai în forme torpide de choleră, cu depresiune nervoasă, datorită acţiunei toxinelor, asupra sistemului nervos central.

Ingrijirea bolnavilor de choleră, cere un personal inferior bine pregătit şi de aceasta s'a simţit lipsa şi în spitalul din Samara. Cere mult personal, fiecare având o funcţiune specială.

In anii 1908—1909 în spitalul din Samara s'au încercat şi injecţiile cu ser terapeutic, anticholeric, întrebuinţat fiind mai mult serul *Şurupoff*, concomitent cu injecţiile saline.

Epidemia de choleră în regiunile Para Volgiane Astrachan.

Guvernământul Astrachan, situat în ultima parte a fluviului Volga, la delta lui şi în regiunea Caspiului, se află pe drumul principal care vine din Persia, Kaukas şi Asia Centrală şi de mult este considerat ca poartă totdeauna deschisă pentru epidemiile de choleră şi ciumă Intregul guvernământ ocupă o întindere egală cu a Germaniei (700 verste lungime 450 verste lăţime, plus Stepele Lerghizkaia şi Kalmîţkaia şi pe această întindere are o populaţie de 1.362.877. Are cinci districte o populaţie orăşenească de 200.000 şi ţărani 754.000; restul e populaţia stepelor. In general populaţia acestui guvernământ e foarte înapoiată din punct de vedere cultural, ca atare, are o mulţime de prejudiţii. Civilizarea ei şi popularizarea noţiunilor de ştiinţe e foarte grea şi din cauza că acest guvernământ este compus din mai multe naţionalităţi şi se ocupă cu mai multe feluri de profesiuni.

Organizarea de „jemstiv“ (consilii judeţene elegibile) nu este introdusă în acest guvernământ şi acestui fapt, pe lângă multe altele se datoreşte starea sanitară *cu deosebire rea* a întregului guvernământ şi în special al oraşului Astrachan, Populaţia fiind rară, locurile locuite sunt foarte depărtate unul de altul şi organizarea sanitară este foarte defectuoasă. Personalul medical prea puţin numeros se află în impostbilitate de a-şi face datoria. Cele mai multe oraşe şi sate sunt aşezate pe malul râurilor şi gârlelor. iar spre marea Caspică pe limane (ilmen) care se usucă vara. Intrebuinţează apa din aceste râuri şi gârle fără nici o filtrare sau purificare prealabilă. Aceste ape adesea sunt infectate în cas de epidemie.

Locuinţele din sate sunt foarte neigienice fiind lipite cu băligar, care, uscat se întrebuinţează şi la încălzit. Curăţenia lipseşte peste tot. Intreg guvernământul în afară de Capitală are 47 medici de plasă şi tot atâţia moaşe, spiţeri şi agenţi sanitari. Din lucurile de medici 13—20 sunt în totdeauna vacante.

Pe malul Volgei sunt pescării întinse, care n'au medici.

Oraşul Astrachan, aşezat chiar în Delta Volgei, în care se varsă mai multe râuri mici, este centrul de mişcare a unei populaţii muncitoare numeroase. Un centru de aglomerare mare, cu numeroasele lui vase, vapoare. şlepuri bărci, cari circulă pe Volga şi în apropierea Reidului pe Marea Caspică unde se află debarcadărele a o mulţime de societăţi navale. Starea sanitară a oraşului, fiind din cele mai rele, iar oraşul prin poziţia lui geografică fiind cel mai expus din toată Rusia, la pătrunderea epidemiilor din Asia, cu drept cuvânt se consideră ca un focar natural pentru toate epidemiile care bântue în Rusia, şi asanarea lui se impune de ani de zile, dar nu se realizează.

Vasele din Marea Caspică acostează la o depărtare de 150 kilometri în care zi reidul formează un orăşel separat cu o populaţie permanentă de 6000 locuitori.

In port se află o comisiune samtară permanentă, care posedă un, spital, baracă cu 40 paturi cu etuvă, despensar, farmacie proprie. Acolo se pot izola bolnavii suspecţi de pe - vapoare, care vin pe mare. Nu e mai puţin adevărat însă, după cum a resultat din dările de seamă a congresului antiholeric din 1908, ca controlul sanitar se face într'un mod foarte insuficient, şi vasele de pe marea Caspică n'au medici.

Oraşul Astrahan este aşezat pe malul stâng al Volgei, între râurele Bolda şi Ţarek. Localitatea e un şes, joasă şi în caz de ploi, apele se scurg de pe dealurile învecinate şi formează lacuri în oraş. Pavată e numai partea centrală a oraşului, pământul argilos nu se usucă nici vara în părţile mărginoase.

In centrul oraşului există un conduct de apă, care aduce apă din Volga, se filtrează cu filtre sistem englez. Canalizarea sistematică există numai proiect.

Gunoaiele se scot afară din oraş, în locuri joase. Deposetele de gunoaie n'au scurgere, imbibă partea superficială a solului și se scurg după filtrație naturală în râul Țarer și de acolo în Volga.

In timp de vară, pe lângă populația din oraș mai vin cam 50.000 muncitori din alte părți, care trăesc în condițiuni igienice cele mai rele, majoritatea dorm afară pe lângă mal și au cu deosebire impaludismul, toate varietățile de tifos, scarlatina, difteria, gastroenterelele bântuie tot anul. Fără Indoială *cholera*, găsesce aci, mai mult de cât ori unde, un teren priincios pentru a se desvolta.

In anul 1907, primul caz de choleră, care a fost constatat la 22 Iulie, a fost un lucrător venit cu vagonul din Samara. La 27-28 Iulie s'au ivit cazuri sporadice între locuitori din oraș, iar la începutul lui August epidemia s'a desvoltat în mod intens. Primele cazuri au fost toate între lucrătorii veniți din altă parte. Apoi epidemia a luat un mers repede ascendent între locuitorii (exclusiv între muncitori) din părțile mărginoase ale orașului și în satul Forpest situat pe malul cel alt al Volgei, însă nu de Astrachan.

In total în guvernamentul Astrachan în epidemia din anul 1907, au fost 2136 cazuri de choleră din care 1060 mortale.

Numai în orașul Astrachan, au fost 1207 cazuri din care sucombați 738 (mortalitate 61,1%). Epidemia a durat lunele August și Septembrie. Medicii din Astrachan, Klodnitzky (directorul laboratorului de bacteriologie) d-r. Iordansky, Șreder, Novgorodsky și alții. în privința epidemiei din 1907, a căutat a demonstra origina hidrică a acestei epidemii.

In septembrie s'au găsit vibrioni cholerici în apa din Volga și ultimul rezultat pozitiv a fost la *8 Octombre*. Medicii din Astrahan au experimentat și rezistența vibrionului choleric în ghiață, examinând ghiața superficială din fluviu, în care însă se găsiră vibrioni, care nu se agglutinau. Medicii din Astrachan consideră că mai probabilă presența vibrionilor în apă mai liniștită de lângă mal în locurile unde stau multe bărci și șlepuri, care răscolesc namolul din fundul râurilor. In privința resistenței la frig însă, experiențele probei Wissokovitch din Kier, au arătat că vibrionii se desvoltă în apă la o temperatură mai înaltă de 17° și mor în 5—6 zile în apă la o temperatură de 10—15°.

Relativ la aceași epidemie alți bacterologi, între care dr. Zabolotni au susținut teoria contagionistă și lipsa de cercetări în privința *cholera tregerilă*, care puteau să producă epidemia la Astrahan.

Cu toate aceste indubitabils că și infecțiunea apei, a jucat un rol în respândirea epidemiei în întreg orașul și în satele învecinate, situate toate pe malul Volgei. E de notat, însă că în anul 1907, nu s'au găsit vibrioni cholerici în apa din conductele orașului, (s'a găsit în anii ulteriori).

Din cauza absenței organizărei zemstvoului în guvernământul Astrahan, măsurile profilactice luate în 1907, au fost prea puține. In general aceste măsuri în anul 1907, au constat în următoarele:

1. Pregătirea populației pentru lupta cu cholera, prin popularisarea măsurilor preventive, prin distribuire gratuită de broșuri populare și prin conferințe la sate. S'au tipărit instrucțiuni, sfaturi și în limba tătară și Kerghiză. In lipsă de medici s'a adresat pentru popularizarea neajunsurilor presentive la învățători și la toate persoanele bine voitoare.

S'a făcut cu ajutorul medicilor de plasă, anchete relative la starea sanitară a satelor în privința apei mai ales și s'a întocmit o comisiune de specialiști pentru cercetarea izvoarelor de apă.

2. Deci ca măsură profilactică îmbunătățirea stărei sanitare a satelor și orașelor. (In marginele posibile).

Tot în acest scop, s'au înființat comitete (patronage) sanitare benevole, care au adus oare care folos.

S'a căutat a ameliora întru cât va și starea sanitară a pescăriilor.

In privința mărirei personalul medical comisiunea anti peștoasă generală a imperiului (dr. Zabolotwy) a dispus să se angajeze medici pentru locuri vacante. La dispensările medicilor de plasă, s'a dispus a se face injecțiuni cu ser preventiv anticholeric.

In satele situate pe malul Volgei, s'a dispus a se construi barace cholerice.

In spitalele comunale a se înființa secțiuni (pavilioane separate) pentru infecțioși.

In locuri de centralizare a lucurătorilor, în port etc. a se deschide ceainării și ospătării gratuite.

In vederea această s'a cerut statului un împrumut de 25000. ruble (60.000 lei).

Aceste măsuri însă n'au putut fi realizate de cât în parte în cursul anului 1908, când au fost elaborate în mod mai amănunțit de către un consiliu sanitar compus din representanții orașului Astrahan și 33 medici. Atunci s'a mai decis ca numărul medicilor comunali, de 4 până atunci să se mărească cu 2. Medicamentele în dispensare comunale să se elibereze gratuit în contul primăriei. In timp de epidemie să se facă gardă permanentă de către medici în timpul nopţei în două dispensare.

Să se închirieze în oraş şi la locuinţe pentru caz de izolare a choleratregerilor.

A se obliga proprietarii de a introduce apă filtrată în locuinţele eftine pentru lucrători. A se începe canalisarea oraşului.

A se organisa în tot oraşul distribuirea gratuită de apă fiartă, mai ales în pieţele publice şi în port.

S'a elaborat de asemenea un regulament sanitar special pentru pescării.

Teritoriul acestor pescării se întinde în toată delta Volgei, pe malul nordic şi oriental a mărei Caspice. Populaţia de pescari, earna e de 3914 mp iar vara de 30.058.

S'au numit (în 1908 5 medici sanitari inspectori, 20 medici de spital şi 95 agenţi sanitari, angajaţi de către negustorii de peşte. S'a făcut un spital cu 570 paturi şi dispensare medicale în fie care sat mai mare de 100 mp. Personalul medical inferior s'a angajat din cel pregătit anume pentru epidemie s'au trimes, broşuri populare şi instrucţiuni pentru pescari.

Acelaş consiliu, a decis o supraveghere sanitară reguroasă a Călei Ferate celei noi, pe cale construcţie ; cerere de vagon sanitar special pentru transportarea bolnavilor suspecţi. Un control sanitar în special a apei de băut şi a hranei furnisate lucrătorilor, şi desinfectare latrinelor. Popularisarea igienei între lucrători. *Apă fiartă să intre în obligaţiile cerute antreprenorilor de lucrări.*

Organizarea sanitară în stepile Kirghga şi Kalmit Kaia (cu 15 medici de plasă), apel către medicii musulmani şi preoţii (hadgii) pentru luare de măsuri preventihe.

In privinţa măsurilor preventive din oraşul Astrachan, la congresul anticholeric, s'a insistat asupra neajunsurilor sanitare, care nu pot fi îndreptate decât într'un timp îndepărtat iar celelalte măsuri sunt numai palliative.

S'a arătat (D-rul Ivanof) defectuozitatea conductului de apă, starea primitivă a filtrelor, cu o suprafaţă filtrantă prea mică, aducerea apei dintr'un loc devenit o cloacă de murdărie, insuficienţa personalului medical.

In privinţa supraveghere a râurilor, în timp de epidemie, D-rul Martemanoff, a arătat faptul că în 1907 pe toată Volga şi pe râul Kaena au funcţionat numai 15 puncte sanitare, pe când în Germania în 1894 pe râul Vista au fost 50 puncte de supraveghere.

Cere a fi latrine închise pe vapoare în timp de epidemie, spre a se evita evita infecţiunea râurilor.

In anul 1908, în oraşul Astrachan epidemia se declară la 7 Iulie, cam odată cu apariţia epidemiei în Saratov şi înainte de a fi început la Samara, localităţi cele mai strâns legate una cu alta. In toate celelalte localităţi din Rusia se declară mai târziu. Deci se poate considera începutul epidemiei în Astrachan, sau în orice cas în regiunile Para-Volgiane. Epidemia ţine în acel an dela 8 Iulie până la 1 Noembrie. In total a dat 1722 cazuri din care morţi *842*, adică mai puţin decât în guvernămintele Saratov şi Samara.

Din aceste cazuri, numai în oraşul *Astrachan* au fost *724* cazuri cu *350* morţi şi în satele învecinate *242* cazuri cu *123* morţi. In reidul (debarcaderul) au fost 13 cazuri. In stepile au fost puţine cazuri. Epidemia a fost mai puţin intensă decât în anul 1907.

Poate având în vedere această aparentă descreştere a epidemiei, statul Imperiului, cu toată hotărîrea luată n'a procedat la asanarea radicală a oraşului Astrachan, a cărui stare sanitară rămâne aceiaşi în anul 1909. Aceiaşi insuficienţă de personal medical, aceleaşi locuri vacante de medici de plasă.

In anul *1909* epidemia de choleră începe în Astrachan, după datele oficiale, mai târziu decât în Samara şi Saratov, la 27 August şi se termină la 1 Noembrie, e mult mai uşoară decât în Samara, dă un total de 42 cazuri cu 21 morţi, şi este o epidemie de contagiune dela om la om, cazurile observându-se aproape exclusiv în oraş şi în port, la debarcader. Astfel se speră a se termina definitiv epidemia în această localitate. Dar în anul *1910* (anul curent), epidemia reîncepe mai de timpuriu, la 15 Iunie şi până la 10 Octombrie dă în total *1852* cazuri cu 823 morţi. Epidemia nu pare a se sfârşi nici în timpul prezent deşi iarna se anunţă a fi friguroasă. Nu trebue însă pierdut din vedere, că în iarna anului 1909—1910 epidemia de choleră a durat aproape (câte-va zile: 1—10 Ianuarie), în mod neîntrerupt în regiunile *Ekaterinoslav* şi regiunea Donului, unde de asemenea durează şi până acum. Epidemia durează încă în guvernămintele vecine: Saratov 8 cazuri zilnic şi *Samara* 15 cazuri zilnic în Octombrie.

Epidemia de choleră în guvernământul Saratov

In anul *1907* epidemia de choleră a pătruns în guvernământul Saratov în zilele de 6—10 August.

Primele cazuri s'au ivit: la 6 August în satul Dubovka, la 7 August în oraşul Kamizin, la 10 August în oraşul *Ţariţin* şi la 12 August în capitala guvernământului la *Saratov.* Aceste prime cazuri au fost la lucrătorii veniţi cu vapor din Astrachan. Dela 10 August a început propriu zis epidemia la Ţariţin şi apoi la Saratov. Se ştie că primul vapor care a adus bolnavi, n'a fost dezinfectat. Epidemia începută la 6 August a durat până la 4 Noembrie; în acest interval de timp au fost *1397* cazuri, din cari *780* mortale (55,8 °/$_0$). Din aceste, au fost 857 cazuri în oraşe, şi anume: în *Ţariţin 557 cazuri* (la 86.756 locuitori); in Saratov 200 cazuri la 208.800 locuitori; în Kamâgin 42 cazuri la 20.741 locuitori, etc. Dintre sate, au fost contaminate 75, cari au dat *523* cvzuri. Dela 6—20 August au fost contaminate 9 puncte din guvernământ. In general oraşele şi în special *Ţariţin* s'au arătat mai expuse la contagiune decât satele, fapt de altfel constant. Epidemia dela început pare a se cantona în partea de sud a guvernământului, (Ţariţin, Kamâzin şi Saratov), apoi trece contaminând în sus un şir de sate situate pe malul Volgei şi se opreşte la oraşul Volsk, pe care nu-l contaminea.

In acest orăşel au fost numai câteva cazuri, la muncitori veniţi dintr'un sat vecin. In oraşul Hvalînek de asemenea n'a fost epidemie,, şi acest fapt s'a atribuit faptului că aceste două oraşe, nu sunt alimentate cu apă din Volga. In adevăr, prezenţa vibrionilor cholerici a fost constatată la *Ţariţin* în apă din Volga şi din râul Ţariţa, şi doctorul Zlatogorof era de părere că epidemia din Ţariţin a fost de origină hidrică.

La Saratov de asemenea s'au găsit vibriani cholerici în apa din Volga, şi prezenţa lor s'a constatat şi iarna (Dr. Vigur), când n'a mai fost epidemie.

In oraşul Kamîzin s'a constatat prezenţa vibrionilor în apa filtrată din conductele de apă.

Oraşele, cari au fost contaminate, se alimentează toate cu apă din Volga, filtrată ce e drept, dar în mod defectuos; din cele 3 oraşe, Saratov are filtre mai bune, sistem englez. Din contră, oraşele din nordul guvernământului, Volsk, Hvalinsk, Serbobs, Kuznţk au apă de izvor, şi în anul 1907 au fost aproape indemne de choleră. Alte localităţi, ca Atkarsk, Petrovsk, Dubovka are apă de râu, nefiltrată.

Indepărtarea gunoaielor şi tuturor murdăriilor din oraşe se face în mod primitiv în oraşele din sudul guvernământului, producând infecţia apei şi a solului.

In urma multiplelor constatări a defectelor sanitare celor 3 oraşe mai expuse din acest guvernământ, comisiunea sanitară (anti pestoasă) a cerut intervenţia guvernului pentru asanarea lor. Dacă epidemia a fost în majoritate din apă, a fost propagată şi prin lucrătorii de la Căile Ferate, locuitori din sate adese depărtate de mal. Aseşti lucrători însă întrebuinţau apa nefiltrată.

La *Ţariţin* epidemia a durat de la 10 August până la 30 Octombrie. A fost intensivă, curba epidemiei ridicându-se brusc în câte va zile, maximum cazurilor a fost în Septembre. *Ţariţin* e oraşul cel mai expus la epidemie, şi ca poziţie geografică, fiind primul mare punct de popas de la Astrachan în sus, punctul de abordare a o mulţime de vapoare şi un centru de aglomerare şi de trecere a muncitorilor, care se adună vara câte 20—30.000. La Saratov de asemenea epidemia a ţinut 2 luni, cu maximum în Septembre, la Kamgin a durat de la 20 August la 20 Septembre.

In total în guvernământul Saratov sunt 10 oraşe şi un târg. Din aceste numai 4 oraşe au apă bună de băut, 3 oraşe au apă cu totul infectă şi au nevoe de o reorganisare radicală a alimentaţiei cu apă.

Prin guvernământul Saratov, e drumul cel mare a lucrătorilor, pe calea Penzei vin de la Nord şi se duc în regiunea Donului. Adunându-se câte 8 — 10.000 în oraşul Hvolinsk şi câte 20—30.000 în Ţariţin, se duc de acolo la Astrachan pentru pescării, la Kaucas în regiunile petrolifere şi la muncă agricolă în sudul Rusiei. Ei sunt unii din propagatorii cei mai activi a epidemiei de choleră.

La Saratov, în epidemiile anterioare din 1907, în totdauna primele cazuri de choleră (în 1892, 93 şi 1904) s'au ivit între lucrătorii din port, şi anume din locul unde acostează cele mai multe vase. In 1907, primele victime au fost între muncitorii de la Căile Ferate, cu ziua şi cerşetori. Azilurile de noapte, unde se adăpostesc muncitorii călători, au dat mai multe focare de epidemie.

Bolnavii cholerici în timpul epidemiei de la 1907 şi în 1908 au fost tratați parte în spitale, parte la domicilile lor. Mortalitatea la spital a fost mai ridicată. (55°/₀) de cât la cazurile tratate la domiciliu (38°/₀) se explică însă prin faptul că la spital veneau cazuri mai grave. In orașul Saratov, toți bolnavii au fost tratați la spital. In Saratov se află spitalul cel mai bine organizat din guvernământ, cu pavilioane sistematice pentru boale infecțioase. Sunt 75 paturi pentru infecțioși la spitalul comuncl și 25 paturi la spitalul județean.

La alte orașe și în unele sate erau barace cholerice speciale, unde refuzau de a intra bolnavii și de aceea pentru anul 1908, Zemstvoul Saratov a hotărît, închirierea în caz de nevoe de case de la țărani, care să servească de infirmerii.

La Țarițin era pavilion special pentru cholerici, cu un personal compus de 2 medici, un intern 12 feldșeri, din care 6 desinfectori, 18 servitori, 3 surori de caritate. Peste tot tratamentul la domiciliu lasă mult de dorit, în privința izolărei bolnavilor.

Desinfectarea în general a lăsat mult de dorit în anul 1907, la Kamijeu fiind un singur medic pentru tot orașul. La Țarițin, desinfectarea în oraș s'a făcut în 1907 fără controlul medicului.

Numai la Saratov disinfectarea la domiciliile bolnavilor era organisată într'un mod mai sistematic și se făcea repede, în acest oraș, nu s'au observat cazuri de contagiune prin contact direct, nici nu s'au repetat cazuri de choleră în acelaași locuințe. (Cu excepție pentru asiluri de noapte). De notat mai e, că la Kameșin și Țarețin se făcea desinfectarea cu soluție de sublimat inneficace în choleră. La desinfectare cu formol nu se lua în seamă starea de prea puțină umiditate.

Popularisarea noțiunilor de igienă și în special despre choleră, în schimb s'a practicat pe o scară largă la Țarițin.

Injecțiile preventive cu vaccina Kolle s'au practicat la Țarițin în 1907 (300) la fabricele și instituțiunile Nobel (733) și în sate cam 1000. In general nu s'au observat cazuri de choleră între cei injectați. Folosul acestor injecțiuni a fost mai cu seamă susținut de dr. Zabolotny, delegatul comisiunii anti cholerice, care arătat efficacitatea și inocuitatea lor. Durate fazei negative a imnuității active are puțină importanță și nu trece de 24 ore. Trebue totuși, după părerea d-rului Zaboltury observată oarecare prudență la bolnavii cardiaci și pulmonari.

In timpul epidemiei la Țarițin s'a procedat în mod energic în privința controlului sanitar al prăvăliilor, mai ales acelor de comestibile. S'au curăţat curţile şi străzile. In schimb nu s'a luat în vedere starea rea a spitalului pentru cholerici, defectuositatea depositului de gunoie a oraşului şi a conductului de apă.

La Saratov în 1907, s'au luat măsuri sanitare mai serioase, însă personalul medical a fost insuficient, fiind numai un medic sanitar comunal şi 2 medici epidemici, pe când era nevoe de 6 medici epidemici. Indepărtarea gunoielor din oraş a lăsat mult de dorit şi la Saratov, de şi nu într'un grad aşa de mare ca la Ţariţin, unde depositul de gunoaie n'are nici gropi, şi murdăriile se scurg dea dreptul în râul Ţariţin din oraş.

Volga ca şi la Saratov e murdărită de lături din abator, din băi şi din spălătorii.

Epidemia de choleră în anul 1907, a bântuit mai mult oraşele decât satele, din guvernământul Saratov.

Consfătuirea medicală dintre reprezentanţii Zemstvourilor şi medicii de plasă, care a avut loc la Saratov în vederea cholerei, bazându-se pe acest fapt general a insistat mai mult asupra măsurilor profilactice de asanare generală în oraşe.

Relativ la sate, medicii au fost de părere ca aici trebue mai mult preconisată igiena individuală.

Cu toate aceste zemstvourile, cari sunt foarte bine organizate în guvernământul Saratov, ar putea ameliora şi starea sanitară a satelor, convingând pe ţărani mai ales a îngrădi şi a umple cu pământ şanţurile, cari servă de depozite de gunoaie şi comunică cu râuri.

Ca măsuri necesare pentru profilaxia cholerei în oraşe, consfătuirea medicilor cu reprezentanţii judeţeni din Saratov, a găsit în primul rând:

1) Reorganizarea şi ameliorarea alimentaţiei cu apă de băut. Relativ la cele 4 oraşe, cari au apă de izvor, s'a găsit necesar numai un control sanitar mai riguros în privinţa curăţeniei bazinurilor, etc.

La Saratov şi Balazof, cari au apă filtrată în condiţiuni mai bune, dar prea puţină, trebue mărit numărul filtrelor, trebue schimbat locul de unde se ia apa, şi ar fi de dorit *ozonisarea* apei.

Ozonisarea apei la Saratov, a fost cu deosebire preconizată de D-rul Alenazoff, fost primar în oraşul Saratov în anii 1907 şi 1908. Pentru aceasta consiliul comunal din Saratov în anul 1908 a cerut un credit dela guvern de 200.000 ruble, creditul n'a fost acordat.

Oraşul Ţariţin are de asemenea apă din Volga, dintr'un loc infectat de vase, are filtre americane Jenel, cari sunt prea puţin satisfăcătoare. In Ţariţin e neapărată nevoe de schimbarea locului de unde se ia apă, de construirea conductului de apă pentru locuitorii de pe mal şi de un control mai serios al filtrelor.

Oraşul Camîşin trebue să-şi construiască un alt conduct de apă, pentru apă de izvor.

La Balazov e mai cu seamă nevoe de controlul, locul de unde se ia apa din râu, fiind mai jos de oraş.

In oraşele Atkarek, Petrovsk, Duborka, unde nu există conducte de apă, trebue observat cel puţin că lăturile din spălătoriile, băile, etc., să nu se scurgă direct în râuri.

Relativ la îndepărtarea gunoaelor, sistemul tout à l'égout, numai în centrul oraşului există numai în Saratov. La Ţariţin în anul 1908, cel puţin s'a schimbat locul depozitului.

Laboratoare bacteriologice nu există în nici unul din oraşe, cu excepţie pentru Saratov şi ca atare controlul sanitar este primitiv. Medicii bacteriologi permanenţi sunt numai la Saratov şi Kamîzin.

Consfătuirea sanitară din 1907, a arătat importanţa analizelor bacteriologice sistematice a apei din oraşele guvernământului Saratov. A arătat importanţa de a se prevede locuinţe închiriate de primării pentru izolarea cholera-tregerilor. Insemnătatea dezinfectărei făcute de către medici specialişti. Dar pentru îndeplinirea acestor măsuri consiliele comunale au neapărată nevoe de ajutor material din partea Statului, care a fost evaluat pentru anul 1908:

pentru Saratov la 10.157 ruble (pe 7.000 lei)
„ Ţariţin „ 3.785 „ (pe circa 10.000 lei)
„ Volsk „ 3.000 „ (9.000 lei), etc.

Aceiaşi consfătuire a arătat că chiar dacă se vor lua măsurile necesare, totuşi e probabil că epidemia va apare din nou în 1908, populaţia fiind încă prea puţin cultă pentru a se apăra singură.

Insă deosebirile mersului epidemiei în diferite oraşe cu aceiaşi populaţie, dar cu o stare sanitară publică deosebită, au arătat importanţa asanărei generale. Asanarea oraşelor însă trebue să se facă în şir de mai mulţi ani şi în mod permanent pentru a da rezultate dorite.

In cursul anilor 1907 şi 1908, cu toată dorinţa comisiunilor sanitare însă, nu s'a făcut mai nimic pentru îmbunătăţirea apei de băut în oraşele guvernământului Saratov. Ozanisarea apei la Saratov nu s'a realizat, admiţându-se chiar de congresul anticholeric din 1908, că o asemenea experienţă ar costa prea mult.

S'a ameliorat întru câtva, îndepărtarea gunoaielor şi lăturilor din oraşe; la Saratov s'a întocmit un proiect de purificare biologică. Ţariţin a reorganizat sistemul de îndepărtare, împedecând a se scurge lăturile direct în oraş.

Epidemia de cholera în anul 1907 pare a se fi propagat dela Astrachan la Saratov, adică de jos în sus cu vapoare.

In anul *1908*, epidemia începe în oraşul Saratova la 17 Iulie, la Ţariţiu la 10 Iulie, la Dubovka şi la Kamişim la 20 Iulie, în alte localităţi mai târziu. Considerând că s'a început la 8 Iulie la Astrachan, se pare a fi fost adusă tot de acolo. Dela 10 Iulie până la 15 Octombrie, după Buletinul No. 12, „Apărarea Sănătăţei Publice“, al Zemstvoului din Saratov, au fost în total 1901 cazuri cu *1013* morţi. Din care în oraşul Ţariţin au fost 645 cazuri (383 morţi); la Saratov 148 cazuri cu 56 morţi. Dintre districte, cel mai bântuit a fost acela din jurul oraşului Ţareţin (286 cazuri) şi cel din jurul orăşelului Hvalînsk 171 cazuri. Epidemia a continuat cu cazuri izolate până pe la 15 Noembrie. Deci şi în acest an avem predilecţia cholerei pentru oraşe şi în special pentru Ţariţin. De notat de asemenea, că epidemia apare în unele localităţi până în Octombrie.

In anul *1909*, epidemia bântuind mai cu seamă la St. Petersburg, s'au constatat în multe localităţi din Rusia, între altele după buletinul comisiunei centrale antipestoase, la Archangelsk, Riazan, etc., la începutul lui Iunie, cazuri de cholera la călătorii veniţi direct din Capitală. In guvernământul Saratov, în anul 1909, epidemia de cholera începe de-abea la 4 August şi pare a se fi propagat de astă dată din sus de pe Volga, unde a început în Iunie şi a fost mai puternică. In total, în acest an epidemia a fost foarte uşoară dând numai 81 cazuri cu 60 morţi, în intervalul dela 4 August la 31 Octombrie. Din care majoritatea în Septembrie şi Octombrie. Epidemia a încetat şi de data asta în Noembrie, deşi în regiunile cu care este în legătură indirectă prin muncitori, adică Baku, regiunea Donului şi Ekaterinoslav şi unde epidemia începuse în Septembrie (Ekaterinoslav), în Octombrie (Baku) şi Noembrie (Regiunea Donului), *cholera* a bântuit toată iarna.

In anul *1910*, în guvernământul Saratov, ca şi în alte localităţi din Rusia, epidemia începe mai de vreme, la 7 Iunie şi devine mult mai intensă, de oarece dela 7 Iunie până la 10 Octombrie avem *6142* cazuri cu *2563* morţi. Epidemia în anul curent s'a întins în 6 districte din guvernământ şi deşi cele mai atinse au fost oraşele şi districtele Saratov şi Ţariţin. Dar şi în Volsk (rămas în anii precedenţi şi alimentat cu apă de isvor) şi în Hvalînsk şi în Petrovsk au fost mai multe sute de cazuri. Contrariu de anii precedenţi, epidemia de cholerä în Saratov, în anul curent a început înainte decât toate celelalte localităţi de pe Volga; tot odată ca intensitate, dintre regiunile para-Volgiane vine în rândul al 2-lea, fiind mult mai puţin intensă decât în guvernământul Samara (*18421* cazuri), dar mult mai gravă decât la Astrachan (1852) Simbirsk (3618), Kazan (3843), etc Epidemia n'a încetat în Octombrie.

Urmărind desvoltarea epidemiei de cholerä în anul 1910, în guvernământul de pe Volga un lucru se poate deduce cu siguranţă. Fluviul Volga a servit de mijloc de propagare între guvernămintele vecine, dar epidemia n'a mai urmat drumul ei obicinuit, Astrachan-Saratov-Samara-Kazan-Nijni, nici cel de sus în jos din anul precedent. Intensitatea epidemiei din Samara, Saratov, Stavropol, n'o putem pune în legătură decât cu mişcarea lucrătorilor din regiunile Donului, Kubanskaia, Ekaterinoslav, regiuni care au fost focare de infecţie necontenită în toată iarna 1909—1910.

La rândul lor însă, Samara şi Saratov au fost focare de infecţie pentru alte regiuni.

Asanarea proectată în anul 1907, de către Zemstvoul guvernământului Saratov, nu s'a putut face decât într'o măsură limitată. In anul 1908, după proectul Zemstvoului pentru măsurile imediate profilactice, trebuia un împrumut minimum de *50.000* ruble.

In aceste măsuri intrau următoarele:

1) Angajare de campanii epidemice.

2) Organizare de puncte de supraveghere sanitară, 10 în total, din care 8 pe Volga şi 2 în centrul guvernământului, din aceste ultime unul pe calea Penzei, pe drumul pe care vin lucrătorii dela Nord, cellalt la frontiera Donului. In aceste puncte de supraveghere, să fie dispensare medicale sistematice, ospătării şi ceinării semi-gratuite şi aziluri de noapte.

Aceste puncte organizate în anul 1908, au fost desfiinţate în anul 1909 de Zemstvo. In anul 1910 au fost din nou înfiinţate, dar probabil prea târziu, cu ajutorul Crucei Roșii, care a dat mijloacele materiale.

3) Să se închirieze localuri pentru izolarea cholero-trageră, pentru izolarea inșilor, care deși sănătoși au fost în contact cu holerici. Isolarea se face în mod benevol.

4) Tipărire de broșuri populare.

5) Tipărirea unui buletin săptămânal al mersului epidemiei.

6) Cumpărarea de vaccină anticholerică pentru injecții preventive.

Companiile epidemice trebueau să fie 10 penru tot guvernământul și 2 de rezervă, fie care companie fiind compusă dintr'un doctor, un student, o feldșeriță o soră de caritate și un agent sanitar.

Pentru orașul Țarițin și în general pentru supravegherea pe Volga s'a decis din anul 1908 a se desfința baracele plutitoare anti cholerice.

Zemstvoul Saratovului a intervenit pe lângă guvern și pentru modificarea regulamentului Căilor Ferate și a celor navale. In anul 1909 acest regulament a fost modifiicat întru cât va, înființându-se un control sanitar ceva mai serios. După vechiul regulament vasele debarcau pe bolnavii cholericî orį unde doreau și aceștia trebuiau să fie primiți de spitalele localnice. Pe de altă parte pasagerii sănătoși erau lăsați să debarce ori unde, fără nici o supraveghere ulterioară.

In anul 1909, din Petersburg s'a trimes o comisiune oficială pentru a cerceta starea sanitară și măsurile necesare pentru asanarea orașelor Saratov, Țarițin și Samara. La 14 Iunie această comisiune examinând orașul Samara și depositele de gunoaie (gropile niedeneel) a examinat și canalizarea începută în acest oraș, din inițiativa individuabilă și mijloacele datorite de un milionar local Wakano. In privința orașului Saratov s'a admis un împrumut de la stat (100.000) pentru canalisarea lui.

In privința altor măsuri în guvernământul Saratov s'a insistat în deosebit de către unii medici (dr. Tegiakof) asupra importanței patronagelor (comitetelor) sanitare pentru luare de măsuri medico-filantropice. S'a cerul mai cu seamă reorganizarea lor pe o bază mai democratică, aducând numai în acest caz foloase reale. Aceste patronage au lucrat în mod activ în guvernământul Saratov în anii 1904-1905. Apoi au fost desființate.

Organizarea cea mai democratică, a fost nu în guvernământul Saratov, dar la Orenburg, unde membrii acestor comitete au fost aleşi, din toate clasele societăţei, lucrători, mici negustori, birjari, care au adus foloase din cele mai mari.

Proiectul regulamentului acestor comitete sanitare a fost discutat de consiliul medical al imperiului în anul 1910, admitând în principiu folosul lor şi organizarea în legătură cu consiliile comunale şi judeţene.

LUCRĂRI ORIGINALE

VASILE N. DIMITRIU
Aspirant la laboratorul de Anatomie Topografică din Iași

LUCRARE DIN LABORATORUL DE ANATOMIE TOPOGRAFICĂ SUB DIRECȚIUNEA D-lui Prof. Dr. E. JUVARA

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL RAMURILOR ORBITARULUI

(Ramuri din nervul maxilar superior)

Nervul maxilar superior, ramură mijlocie a ganglionului lui Gasser, după eșirea sa din etajul mijlociu al bazei craniului prin marea gaură rotundă, dă naștere imediat la nervul orbitar, care formează subiectul acestei lucrări.

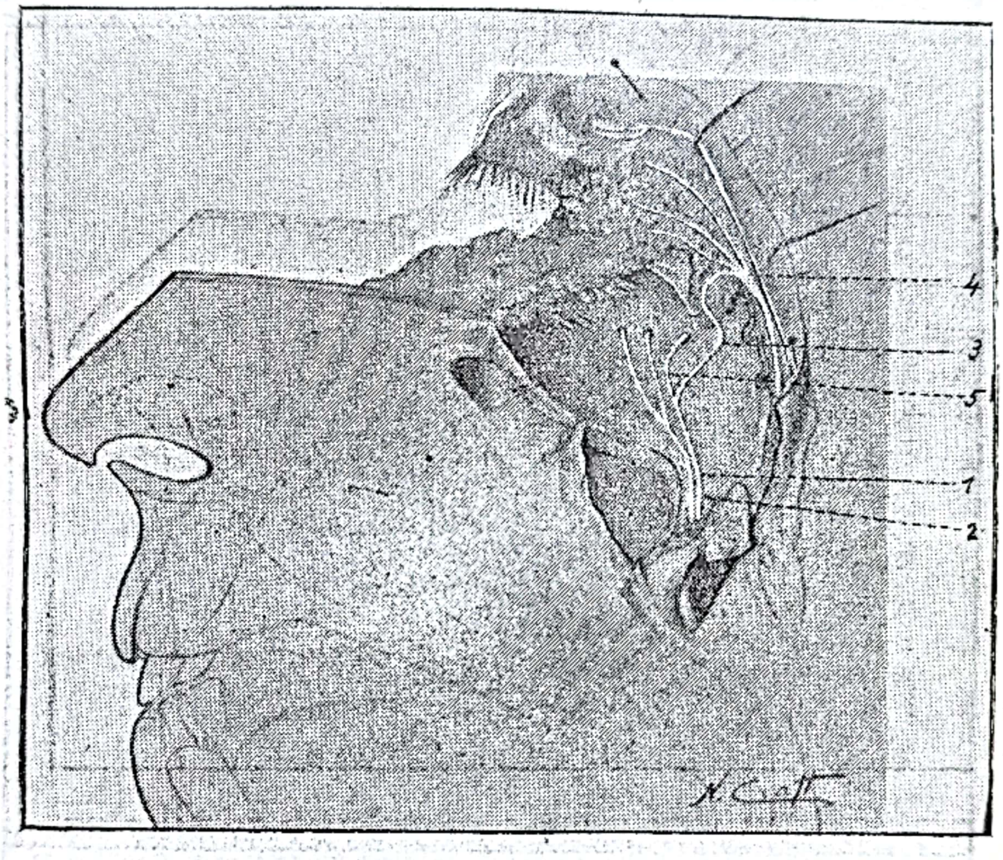
La originea sa, nervul orbitar învălit într'o expansiune a durei mater, este compus din două mici ramuri cari se ridică în sus și înainte descriind o curbă cu concavitatea antero-inferioară în partea de sus a fundului fosei pterigo-maxilare, câștigă fanta sfeno-maxilară, pe unde pătrunde în orbită.

Aceste două ramuri, cari compun nervul orbitar, le-am găsit aproape constant pe majoritatea pieselor disecate de mine, după cum se vede în planșa I, No. 1 și 2. Ele trec după cum am spus în fanta sfeno-maxilară în grosimea unui țesut fibros foarte friabil, care umple fanta; țesut fibros la rândul lui acoperit de țesutul grăsos periorbitar. Acest mod de separare în două filete a nervului orbitar, se vede într'un desen în atlasul lui Merkel, pag. 387 fig. II, dar nu s'a descris ca atare în tratatele clasice.

In traectul lor, cele două ramuri, cari compun nervul orbitar îşi trimit foarte adesea ori filete subţiri anastomotice, precum şi filete foarte subţiri, cari traversează în jos fanta sfeno-maxilară şi a căror terminaţii nu le-am putut-o urmări.

Pentru a fi mai explicit voiu descrie separat pe fiecare din cele două ramuri, cari compun nervul orbitar în modul următor:

A) *Ramura externă a nervului orbitar cu filetele: lacrimo-palpebral şi temporal.* Planşa I. No. 1.



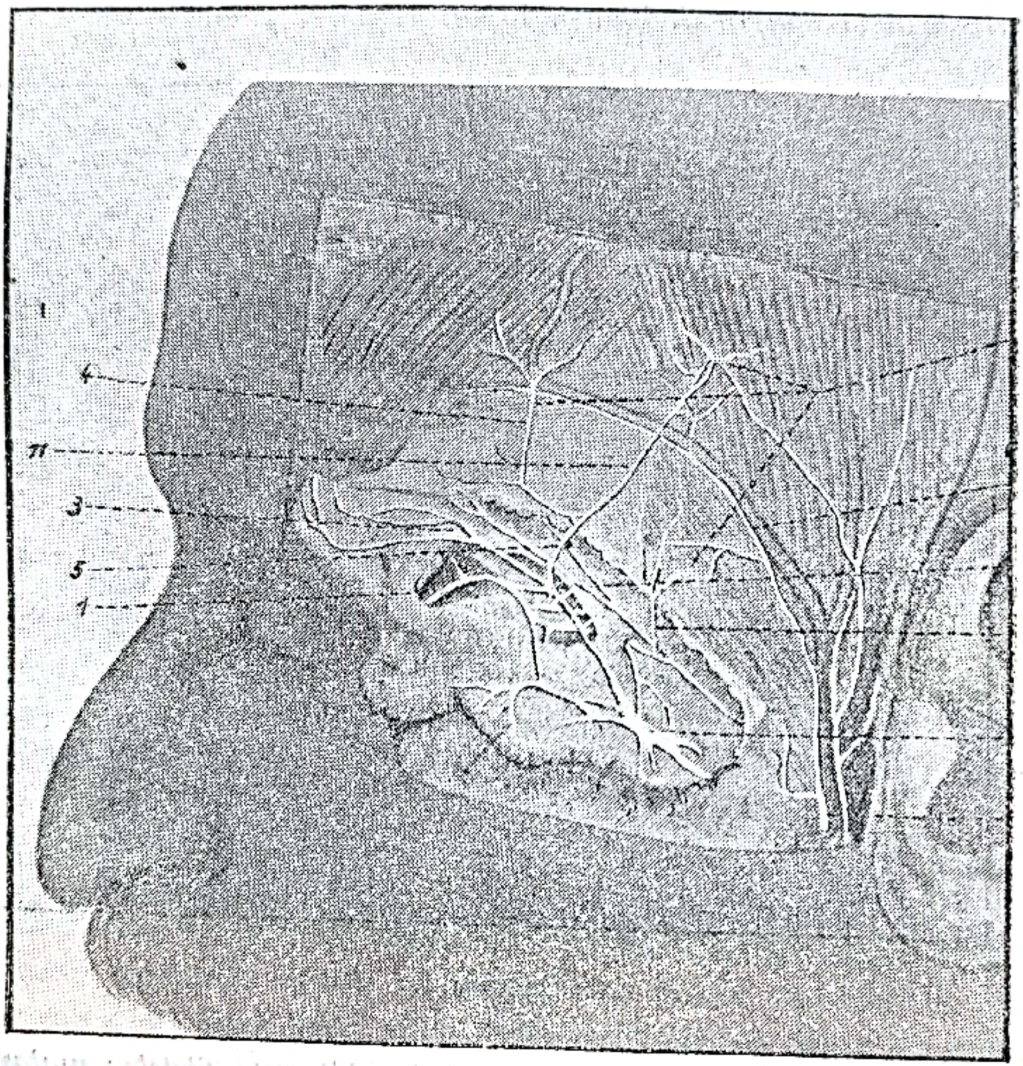
Planşa 1.

B) *Ramura internă a nervului orbitar cu filetele: malare şi palpebrale inferioare.* Planşa I. No. 2.

A) *Ramura externă* aşezată în partea externă a fantei sfeno-maxilare, cam la 2 cm. dela originea sa şi în dreptul suturei sfeno-maxilare, se împarte în două filete: unul pentru glanda lacrimală şi partea externă a pleoapei superioare, iar celălalt filetul temporal a nervului orbitar.

1. *Filetul lacrimo-palpebral* planşa I, No. 3, se încurbează în unghiul drept, unghiu a cărui deschidere este în sus şi îndărăt, se ridică pe sub periostul, care acoperă faţa externă a orbitei săpân-

du-și mai totdeauna un mic șanț în os, pătrunde în glanda lacrimală prin porțiunea ei postero-inferioară, unde se anastomosează în însuși grosimea glandei cu filetul lacrimal, ramură din oftalmicul lui Willis. Din convexitatea anastomozei lor ese foarte multe filete, cari se distribue la lobulii glandulari formând o rețea destul de complexă, care a fost bine descrisă de Pugliesi Alegra. Anastomoza dintre nervul lacrimal, ramură a orbitarului și dintre nervul lacrimal, ramură a oftalmicului lui Willis, este bine descrisă de autorii clasici sub denumirea de arcada orbito-lacrimală. Planșa I și V, No. 3.



Planșa 2.

Această anastomoză, a cărei situațiune exactă nu a fost descrisă, am găsit-o constant la partea postero-inferioară a glandei lacrimale și foarte rar, în partea mijlocie a glandei. Din filetul lacrimal, aproape de locul unde pătrunde în glandă lacrimală ese câteva filete foarte fine, cari se pierd în ţesutele ce compun porţiunea externă a pleoapei superioare.

2. *Filetul temporal* tot atât de însemnat ca precedentu, îi considerăm trei porţiuni:

a) Porţiunea orbitară. *b)* Porţiunea intra-osoasă. *c)* Porţiunea periferică.

a) *Porţiunea orbitară* (planşa I şi V), se separă în unghiu ascuţit de filetul lacrimo-palpebral, iar la câţiva milimetri se încurbează şi merge paralel cu el sub periost într'un şanţ săpat în peretele extrem al orbitei, apoi pătrunde printr'un conduct special în apofisa orbitară a osului malar.

Această porţiune orbitară prezintă foarte multe varietăţi: aşa l'am găsit pătrunzând în osul malar imediat ce se separă de precedentul, în marginea externă a porţiunei anterioare a fantei sfeno-maxilare. Mai rar urmează un drum paralel cu nervul lacrimal dându-i mai întâi o anastomoză şi câte odată un filet la glanda lacrimală, iar altul, care se pierde în ţesutul grăsos din partea externă a pleoapei inferioare şi apoi pătrunde în os. In fine în două piese l'am văzut separându-se foarte sus, din nervul lacrimal sau anastomoza lui şi pătrunzând imediat în os sub porţiunea postero-inferioară a glandei lacrimale. Foarte rar poate fi separat în două filete.

b) *Porţiunea intra-osoasă* situată într'un canalicul săpat în osul malar, este mai lungă sau mai scurtă, după cum nervul pătrunde în partea inferioară sau superioară a apofisei orbitare a osului malar. Orificiul de intrare şi eşire este unic sau dublu după cum porţiunea orbitară a nervului este unică sau dublă. Planşa III şi IV.

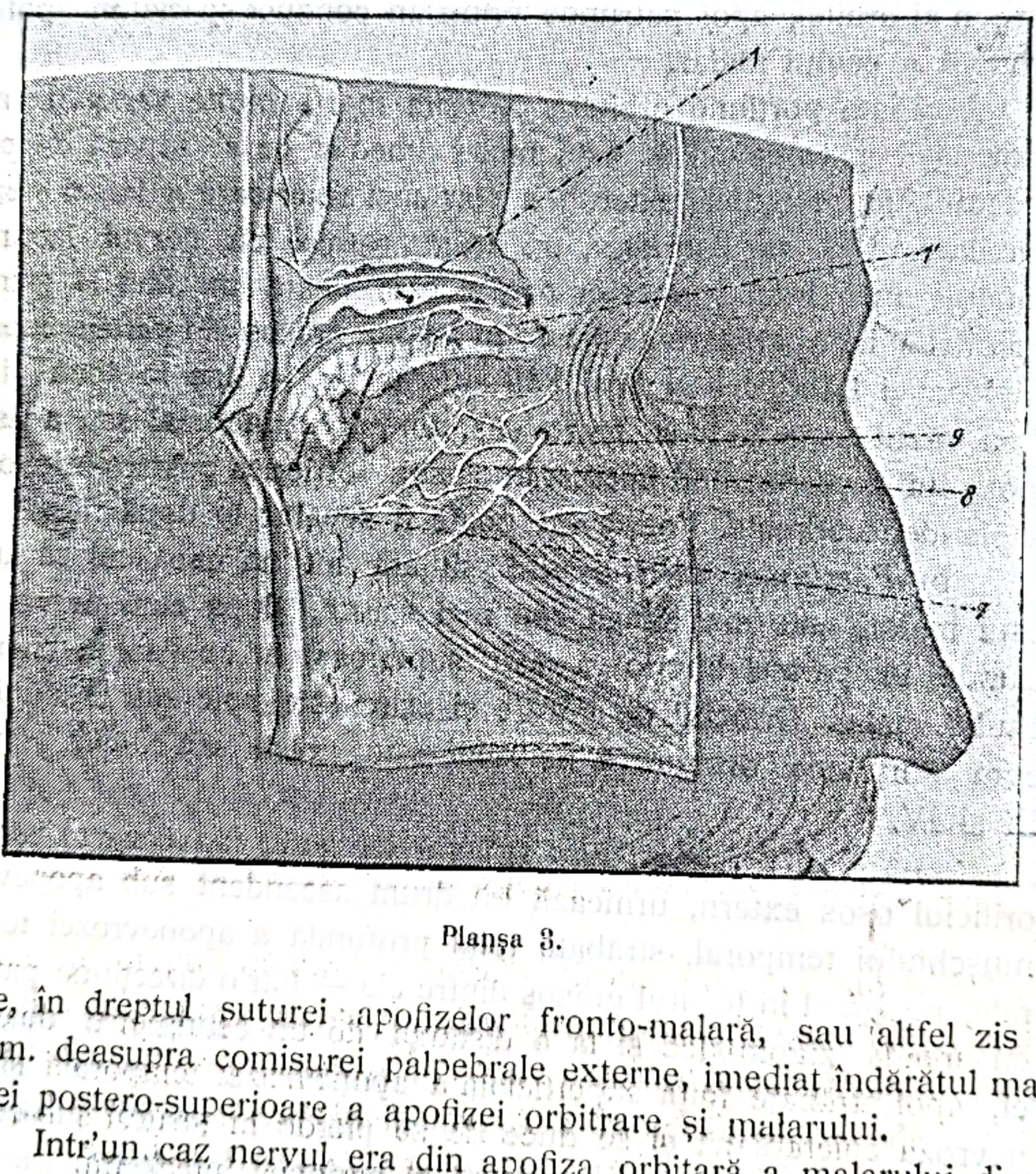
c) *Porţiunea periferică.* Filetul temporal după eşirea sa prin orificiul osos extern, urmează un drum ascendent sub aponevroza muşchiului temporal, străbate foiţa profundă a aponevrozei temporale, mergând în ţesutul grăsos dintre eie — într'o direcţiune paralelă cu arcada zigomatică şi la o distanţă de un centimetru deasupra ei, apoi străbate foiţa superficială a aponevrozei temporale şi aponevroza epicraniană şi se duce de se pierde în ţesutul sub-cutanat din regiunea temporală superioară şi parietală inferioară.

Acestei porţiuni îi putem considera trei părţi:

α) Sub-aponevrotică. B) Intra-aponevrotică. γ) Subcutanată.

α) *Sub aponevrosă* (planşa I, No. 1) urmează un traect de

1,5—2 cm. aşezat pe muşchiul temporal — în ţesutul celulo-grăsos, care se găseşte între muşchiu şi aponevroză — sub marginea externă a apofizei montante a malarului. In acest traect dă o anastomoză nervului temporal profund anterior, pe care a menţionat-o Testut şi Petru Sébileau în descrierea, pe care o face nervului temporal profund anterior, ramură din nervul maxilarului inferior. Această anastomoză se vede destul de bine în una din cele 12 piese lucrate de mine şi depuse în muzeul de anatomie topografică. Filetul temporal perforează constant foiţa profundă a aponevrozei temporale, în dreptul suturei apofizelor fronto-malară, sau altfel zis la 1 cm. deasupra comisurei palpebrale externe, imediat îndărătul marginei postero-superioare a apofizei orbitrare şi malarului.



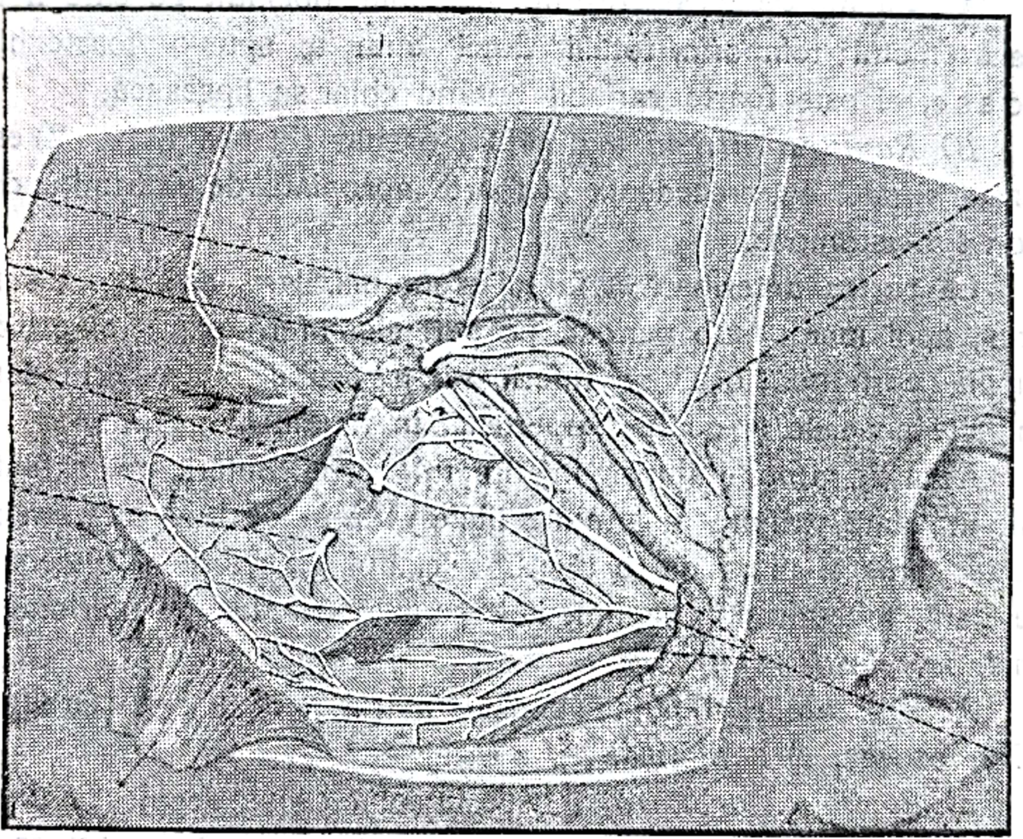
Planşa 3.

Intr'un caz nervul era din apofiza orbitară a malarului direct între cele două foiţe aponevrotice, partea sub aponevrotică lipsind.

B) *In traectul dintre cele două foiţe aponevrotice* primeşte o anastomoză profundă din facial descriind astfel o curbă din a cărui convexitate ese mai multe filete, dar cari numai două străbat foiţa superficială a aponevrozei temporale și es în țesutul celular subcutanat. Planșa II, No. 1.

I) Primul — *fronto-temporal* — după un traect foarte scurt, perforează imediat aponevroza, primește un filet anastomotic mai superficial din facial (Planșa II No. 2) iar din această anastomoză ese:

1. Un filet — *fronto-sprâncenar* — (Planșa II, No. 3). care se ramifică în regiunea sprâncenară și frontală externă, unde se anastomozează cu filete din supra-orbitar, formând un plexus destul de bogat și care se poate vedea destul de bine și pe o piesă din muzeul de anatomie topografică, disecată de d-nul prosector Dr. N. Hortolomeiu.



Planșa 4.

2. Altul — *temporal sub-cutanat anterior* — (Planșa II și IV, No. 5), se îndreaptă în sus și se împarte în țesutul sub-cutanat din regiunea temporală anterioară și mijlocie, în două ramuri mai principale (Planșă II, No. 4 și 11), cari se anastomozează cu filete din auriculo-temporal și în special cu filetul vascular, în momentul când aceste filete temporale, încrucișează artera temporală super-

ficială (Planșa II, No. 9). Această anastomoză nu am găsit-o descrisă în nici unul din tratatele clasice.

II) Al doilea filet — *temporal sub-cutanat posterior* — (Planșa II și IV, No. 6), după un traect sub-aponevrotic mai lung, perforează foița superficială, primește o nouă anastomoză, din facial se îndreaptă în sus unde se desface într'un evantaliu de filete în țesutul sub-cutanat a regiunei temporale posterioare, unde se anastomozează de asemenea cu filete foarte fine din auriculo-temporal.

Acesta mi s'a părut drumul cel mai obișnuit pe care îl urmează filetul temporal, totuși după cum a spus-o foarte bine Frohse, el este foarte variabil putând chiar să lipsească.

B) Ramura internă a nervului orbitar (Planșa I, No. 2) este așezată paralel cu precedenta și foarte apropiată de ea trimițându-i câte-va anastomoze.

La partea anterioară a fantei sfeno-maxilare, ese din țesutul fibros, apoi merge sub periost, pe peretele infero-extern al orbitei, străbate porțiunea orbitară inferioară a osului malar, prin două conducte speciale și devine superficial în regiunea malară.

Această ramură ajunsă în dreptul părței anterioare a fantei sfeno-maxilare, trimite mai multe filete extrem de fine, care străbat țesutul fibros și merg de se pierd în țesutul grăsos de sub pleoapa inferioară, precum și în tegumentele ce compun pleoapa inferioară — *filetele palpebrate inferioare.*

Acestei ramuri îi putem considera trei porțiuni: *a*) Orbitară. *b*) Intraosoasă. *c*) Periferică.

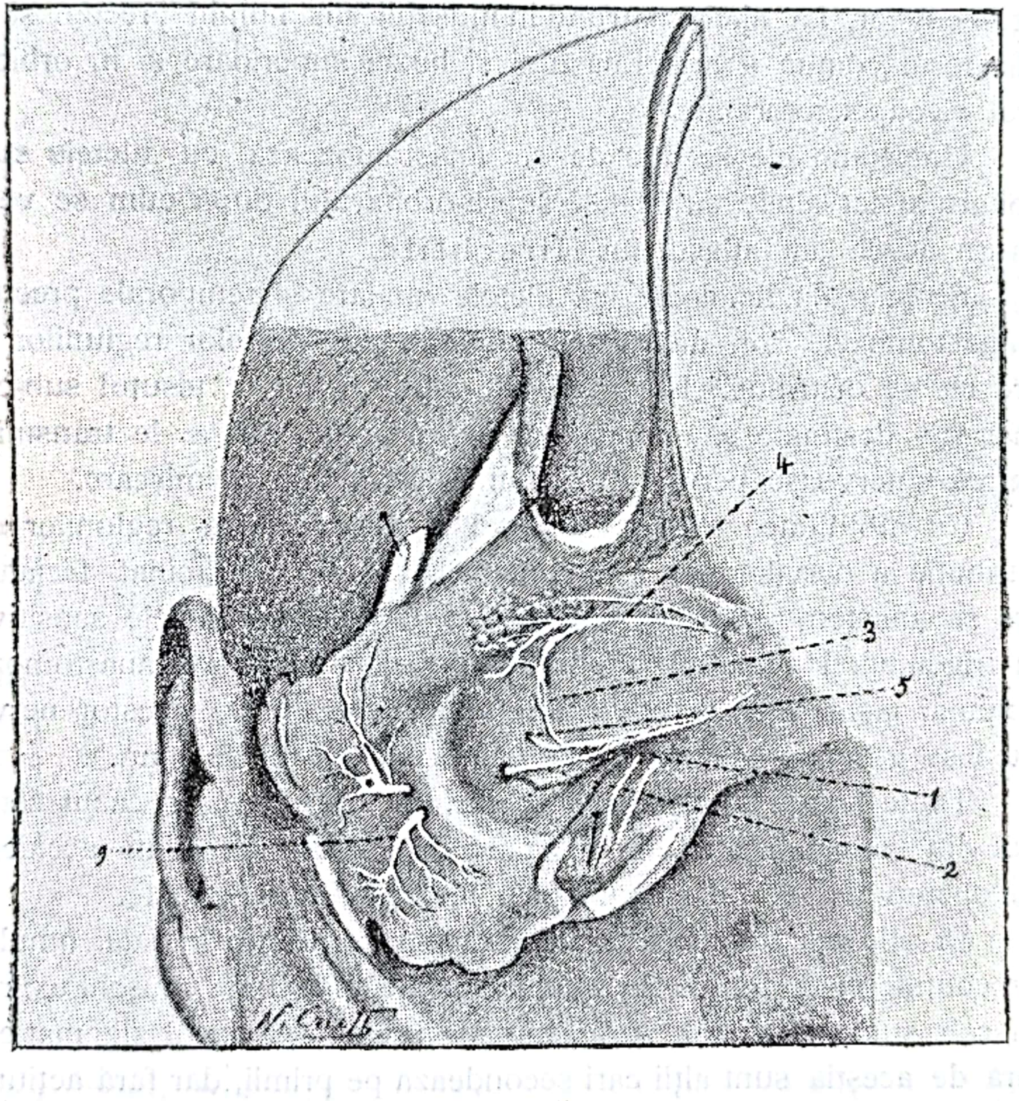
a) Porțiunea orbitară, începe imediat ce se degajează de țesutul fibros la partea anterioară a fantei sfeno-maxilare. Aci ea se împarte în două filete, separate între ele într'un unghiu foarte ascuțit și după un traect aproximativ de 1 c. m., pătrunde prin două orificii speciale în grosimea osului malar, întovărășite adesea de câte o mică arteriolă.

Mai rar, porțiunea orbitară este reprezintată printr'un singur filet până la intrarea (n osul malar. (Planșa V. No. 2),

b) Pentru porțiunea osoasă, găsim mai frecuent două canalicule de intrare, mai rar un canalicul mic în **Y** (igrec) cu un orificiu mic de intrare și aceasta când porțiunea orbitară este reprezintată printr'un singur filet și aproape constant două orificii de eșire.

Disecând cu atenție regiunea malară, găsim aproape constant două filete malare, (foarte rar trei) deşi porţiunea orbitară nu este represintată decât print'un singur filet.

Cercetând craniele aflate în muzeul de anatomie topografică, în număr de 94, am găsit la 65 cranii două orificii malare externe, adică 70 la sută; deci în majoritatea cazurilor avem două filete malare.



Planşa 5.

c) *Porţiunea periferică* compusă din două filete (Planşa IV şi V, No. 9 şi 9'), numite de francezi filete malare, iar de nemţi zigomatico-malare; după eşirea lor prin cele două orificii malare externe, fiecare din ele se separă într'un buchet de fileţe, cari dau sensibilitatea tegumentelor regiunei malare; tot odată se anastomozează cu filetele temporo-palpebrale ale facialului, formând — *plexul malar* — destul de bogat (Planşa III, No. 8) şi tot atât de însemnat ca şi plexurile: sub-orbitar, bucal şi mentonier descris de clasici. Acest plexus nu l'am găsit nicăeri descris şi nici desenat în atlasele cunoscute afară decât câte-va mici anastomoze în atlazul lui Hirschfeld.

Din acest plexus, situat în ţesutul grăsos de sub marele şi micul zigomatic, es mai multe filete, din cari unele se distribue tegumentelor, iar altele pătrund în muşchii sus numiţi precum şi în ridicătorul comun a aripei nasului şi buzei superioare şi în orbicularul pleoapei inferioare.

Unele din ele se duc de se anastomozează cu filetele sub-orbitarului iar altele cu filetele supra-orbitarului după cum se vede într'un desen din atlasul lui Hirschfild.

Se ştie din fiziologie că filetele malare şi temporale precum şi anastomozele lor, dau sensibilitatea tegumentelor regiunilor în care ele se distribue. Ele-s aşezate superficial în ţesutul sub-cutanat şi-s destinate să primească impresiunile şi să le transmită centrelor nervoase pentru a fi apoi transformate în mişcare.

Cu motilitatea feţei în general şi în special a regiunilor de distribuţie a nervilor care ne interesează, este însărcinat facialul, care se anastomozează prin schimburi de fibre cu filetele sensitive din trigemen. Unii autori pretind că nu ar fi adevărate anastomoze ci numai nişte raporturi de contiguitate între fibrele acestor nervi, totuşi se găsesc anastomoze de trunchiuri destul de mari.

Toate aceste anastomoze se fac cu scopul ca, în cazul când unul din filetele plexurilor nervoase ar fi lezat printr'un accident sau operaţiune, să fie înlocuit prin filetele rămase intacte.

Se ştie de asemenea că emoţiunele se traduc în faţa omului prin contracţiunea unuia sau a mai multor muşchi zişi muşchi expresivi cari sunt: frontalul, sprincenosul şi marele şi micul zigomatic şi afară de aceştia sunt alţii cari secondează pe primii, dar fără acţiune directă ca: orbicularul pleoapelor, transversul nasului şi pielosul. Toţi aceşti muşchi, asociaţi adesca cu gesturi, cu modificări vasculare şi secretorii, traduc în faţa omului oglinda sufletului.

Elementele secretorii ale glandei lacrimale procurate de trigemen prin nervii lacrimali,, ramuri de a orbitarului şi a oftalmicului, sunt împrumutaţi dela simpaticul cranian după cum ne-o spune Morat în tratatul său de fisiologie.

Iată deci importanţa acestor mici filete nervoase, era tocmai prin fineţea lor şi importanţa regiunelor de distribuţiune, au avut nevoe de o cercetare destul de minuţioasă şi laborioasă.

REZUMAT

- A) Ramura externă
  - 1) Filetul lacrimo-palpebral
    - a) Filete Palpebrale superioare.
    - b) Arcada orbito-lacrimală.
  - 2) Filetul temporal
    - a) Porţiunea orbitară.
    - b) Porţiunea intra-osoasă.
    - c) Porţiunea periferică
      - a) sub-aponevroză — anastomoză cu filetul temporal profund anterior
      - b) Intra-aponevrotică — Anastomoză cu facialul
      - μ) sub-cutanată
        - I) Fronto-temporal
          - 1) Fronto-sprâncenar
          - Temporal
          - II) sub-cutanat anterior
        - II) Temporal sub-cutanat posterior.
- B) Ramura internă
  - I) Filete palpebrale inferioare.
  - II) Filetele Malare
    - a) Porţiunea orbitară — Compusă din două filete sau unul singur.
    - b) Porţiunea osoasă — Două conducte paralele sau un conduct în Y (igrec).
    - c) Porţiunea periferică — Anastomoza cu facial. Plexul malar.

OBSERVAŢIUNI CLINICE

Dr. N. N. ATHANASESCU
Chirurg secundar

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA DIAGNOSTICULUI ŞI PROGNOSTICULUI
şi
TRATAMENTULUI CALCULELOR VEZICULEI BILIARE

In anul 1908, intră în serviciul D-lui Prof. Angelescu, o femee cu toate simptomele clasice ale unui ulcer de stomac degenerat în neoplasm. Examenul complect al acestei paciente, ne dădea siguranţa diagnosticului. Hotărâm intervenţiunea şi explorând stomacul îl găsim normal. Explorând mai departe, găsim un calcul biliar mare, pe care îl extragem. Femeia ese vindecată. Cam în acelaşi timp primim un bolnav, trecut şi examinat prin două servicii de medicină, cu dureri continue şi violente în regiunea ombilicală. Examinat cu atenţie şi de noi, găsim toate organele normale. Totuşi durerile ce-l exasperau, ne decid la o laparatomie. Găsim şi aici o veziculă biliară plină cu calculi. După intervenţie pacientul ese vindecat.

Aceste cazuri de litiază biliară, studiate şi operate în serviciul şefului meu, şi încă alte câte-va cazuri, cari es din cadrul celor clasice, m'au făcut să reiau această chestiune, complectând-o cu câte-va observaţiuni. Bibliografia şi lucrările făcute în această direcţiune sŭnt imense, atât pe târâmul medical cât şi pe cel chirurgical.

De când intervenţiunile pe vezicula biliară au devenit curente şi la îndemână oricărui chirurg, discuţiunile s'au înmulţit în privinţa felului de intervenţiune şi astăzi tendinţa este, că acolo unde operaţiunea este necesară, să se facă o cură radicală, adică să se scoată acel rezervoriu biliar, care poate deveni un rezervoriu de calculi la cei predispuşi. Vom vedea din cele ce urmează că am căutat să ne dăm seama personal de valoarea interventiunilor preconizate, pe cari le putem rezuma la 3: *Colecistotomia*, *Colecistostomia* şi *Colecistectomia*, intervenţiuni ce am practicat pe vezicula biliară.

Pentru a fi mai clari, vom divide studiul de faţă în 3 părţi. In prima parte vom expune observaţiunile interesante, cari ne-au făcut să scrim cele ce urmează, în a doua parte vom discuta diagnosticul şi greutatea lui în unele cazuri în fine în ultimul loc vom căuta să precizăm indicaţiunile operatorii şi să apreciăm valoarea nterventiunilor.

I. **Observaţiunile.**

1) Aneta Mihăilescu, de ani 50, din T.-Severin, menageră, vine în serviciul D-lui Prof. Angelescu în ziua de 8 Octombrie 1908.

Antecedente fără importanţă.

Este internată pentru o afecţiune, ce data de 11 ani, care a debutat prin turburări gastrice, *dureri* ce se iveau neregulat atât înaintea mâncărei cât şi după, dându-i *senzaţiunea de cuţit* în nivelul *apendicelui xifoid*, iradiaţiuni către torace şi flancuri şi *în punctul corespondent al coloanei vertebrale.*

Aceste dureri se exagerau în decubitus dorsal, se ameliorau în decubitus lateral. Mai totdeauna durerile erau însoţite de *vărsături la $^1/_2$ oră după mâncare,* elimina tot ce mânca şi astfel se mai liniştea. De multe ori vărsa dimineaţa pe nemâncate. In mai multe rânduri a observat în vărsături ceva negru, *având aspectul drojdiei de cafea.* Nu odată bolnava a foat deşteptată din somn de dureri atroce, cari se linişteau în urma unei cantităţi de Bicarbonat de sodiu ingerată. In timpul iernei suferea mai mult. Aceste fenomene au slăbit-o mult, mai ales în ultimul timp, când ingerarea oricărui aliment i-a devenit imposibilă, se hrănea numai cu puţin lapte. Vine în serviciu şi examinată constatăm:

Starea prezentă. — De statură mijlocie, constituţie slabă, tegumentul cam decolorat, atermică, se plânge de dureri violente şi aproape continue în dreptul apendicelui xifoid, cu caracterul celor descrise mai sus, însoţite de vărsături la $^1/_2$—1 oră după alimentare. Palpând regiunea epigastrică, o găsim sensibilă în toată intinderea. Simte o durere vie într'un punct situat pe linia mediană la 4 degete de asupra ombilicului, durere care se exagerează prin presiune. Nu se simte nici o tumoare. Percutând găsim marginea marei curburi a stomacului la un deget sub ombilic. Insuflaţia ne arată un stomac dilatat.

Ficatul normal, puţin dureros, nu întrece falşele coaste.

Splina nepercutabilă. Cordul şi pulmonii în stare bună. Rinichii normali. Genital nimic. *Urina* normală, *ureea foarte puţin diminuată*. Examenul sucului gastric nea arătat o diminuare notabilă a acidului clorhidric.

Ganglionii normali. Reflexul faringian abolit, cele lalte normale.

Sensibilitatea cutanată mărită. Bolnava în timpul din urmă, a observat o schimbare foarte mare în caracter, devenind foarte iritabilă. Constipată dese ori zice că ar fi observat în câte va rânduri *melena*.

Apetitul aproape nul. *După fie care alimentaţie, avea o senzaţiune de plenitudine, însoţită de greţuri şi regurgitaţiuni.*

Proba lui Weber din fecale negativă.

La 24 Octombrie sub cloroform administrat cu aparatul Roth Dräger, se face o *Laporatomie mediană supra ombilicală.*

Toate simptomele de mai sus, ne duceau forţat la un diagnostic: **ulcer de stomac**, probabil cu degenerescenţă neoplazică. In ori ce caz *stenoza pilorului* de ori ce cauză ar fi fost, părea evidentă. Se deschide abdomenul şi imediat găsim stomacul puţin dilatat şi îngroşat. Pilorul era perfect permeabil. Mergând mai departe cu explorarea, găsim *vezicula biliară distinsă cu pereţii îngroşaţi*, cu uşoare aderenţe, înăuntru se simţea un calcul mare.

Vezicula fiind nobilă, de oare ce aderenţele s'au putut desface ne au hotărât pentru o *colecistotomie* ceea ce am şi făcut.

O secţiune în lungul veziculei de 3 cm., prin care cu o pensă am apuçat calculul şi l'am extras. Calculul era mare de $2^{1}/_{2}$ cm. lungime pe $1^{1}/_{2}$ în diametru, piriform, cu suprafaţa neregulată, brun închis, foarte consistent şi destul de greu. Prin 3 rânduri de catgut finoo am închis vezicula, apoi am făcut tualeta abdominală. După 10 zile de la intervenţiune am scos firele şi după 15 zile pacienta a părăsit serviciul în perfectă stare, foarte mulţumită şi putându-se alimenta perfect, cu ori şi ce substanţe licide şi solide, fără să mai aibă nici unul din fenomenele pe cari le prezenta anterior.

Am revăzut bolnava la 2 luni după intervențiune în perfectă stare. Prin luna August 1910, 2 ani după intervențiune vine iarăși la consultațiunile noastre emaciată cu totul și prezintând iarăși durerile de mai'nainte, fără alte fenomene (vărsături etc). I s'au administrat medicamente, cari au mai ameliorat-o, propuindui-se intervențiunea din nou, a refuzato.

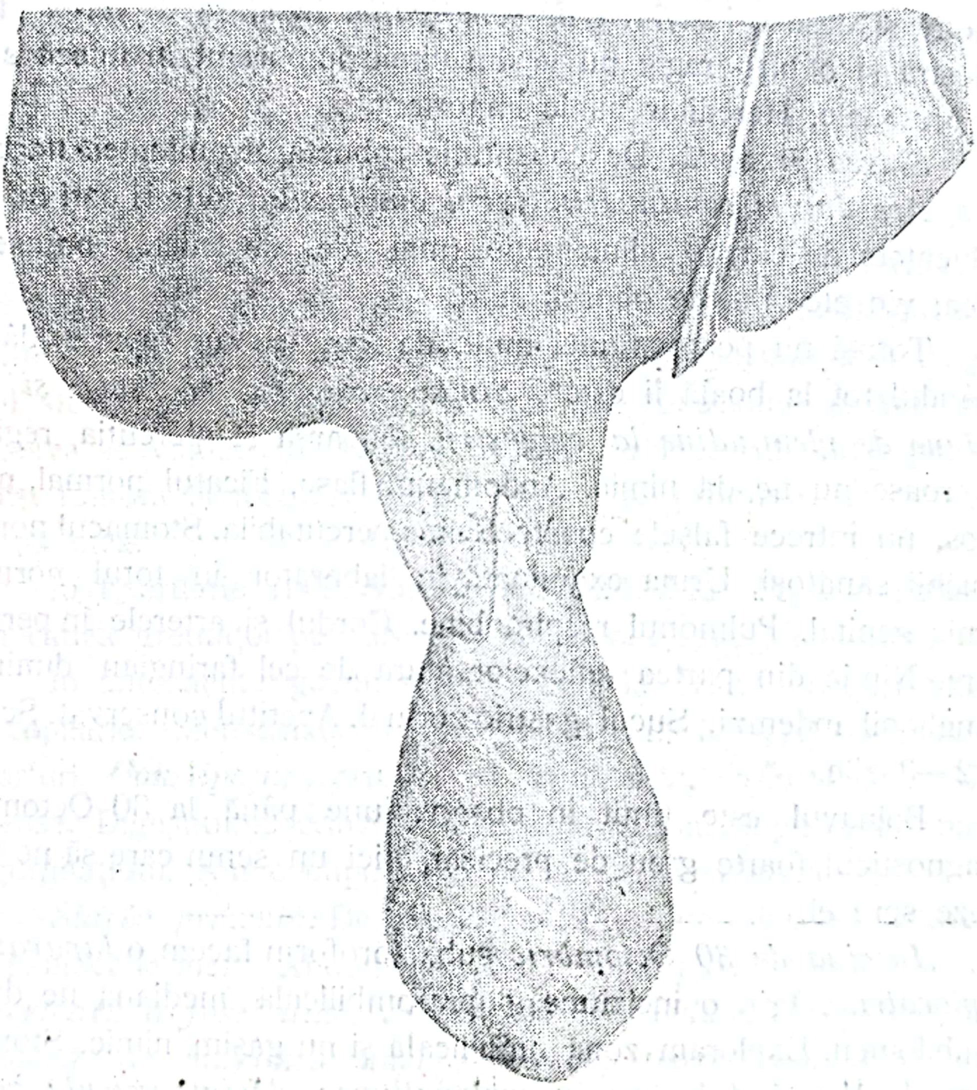


Fig. 1. — Vizicula biliară mărită trăgând o porțiune din ficat, formând o adevărată tumoră hepatică.

2) *Costică Icleanu*, de 27 ani, muncitor din Mehedinți, intră în serviciul d-lui prof. Angelescu la 13 Octombrie 1908 pentru *dureri continue de și nu tocmai violente, ce le acuză în regiunea ombilicală și periombilicală de aproape 9 ani.* Nici odată nu a

avut crize dureroase, nici odată nu a avut icter. S'a căutat în diferite rânduri, a urmat cu medicamente și a fost internat în 2 rânduri, în serviciile de medicină. In ultimul timp era tratat ca neurastenic și în adevăr că se neurastenizase, în urma multiplelor tratamente fără nici un rezultat.

Nici odată nu a avut vărsături. A fost în tot deauna foarte emotiv și dese ori *suferea de constipație*. In afară de variolă, febră palustră și o blenoragie nu găsim nimic important, în antecedentele lui personale. Hereditar nimic important.

Starea prezentă. De constituție robustă, tegumentele normale.

Are dureri continue în jurul ombilicului, dureri cari nu sunt influențate de cât de alimentație (mai ales de fructe, brânzeturi, cafea, vin etc...) și de oboseli mari.

Totuși nu poate munci mult, de oare ce ne spune dânsul. „Gândul tot la boală îi este“. *Simte greutate după masă și senzațiune de plenitudine la epigastru*. Palparea și percuția regiunei dureroase nu ne dă nimic. Abdomenul flasc. Ficatul normal, nedureros, nu întrece falșele coaste. Splina percutabilă. Stomacul normal. Rinichii sănătoși. Urina examinată în laborator în totul normală. Nimic genital. Pulmonul respiră bine. Cordul și arterele în perfectă stare. Nimic din partea reflexelor afară de cel faringian diminuat. Ganglionii indemni. Sucul gastric normal. Apetitul conservat. Scaune la 2—3 zile.

Bolnavul este ținut în observațiune până la 30 Octombrie. Diagnosticul foarte greu de precizat, nici un semn care să ne îndumeze spre el.

In ziua de 30 Octombrie sub cloroform facem o *laparatomie exploratrice*. Prin o inciziune supra-ombilicală mediană ne ducem în abdomen. Explorăm zona ombilicală și nu găsim nimic. Stomacul normal. *Mergând în sus cu explorațiunea, găsim vezicula biliară aderentă, mărită și plină cu calculi (9—12)*, dintre cari unii erau ca o alună. Aderențele de jur împrejur, făceau vezicula foarte greu de extirpat și atunci am făcut o nouă inciziune laterală dreaptă, dealungul marginei dreptului. Am închis inciziunea mediană și prin cea laterală s'a fixat vezicula la peretele abdominal cu fire de cat gut No. 0, puse în U, de jur împrejur; *am făcut o colecistostomie*.

Incizând vezicula, din ea se scot 5—6 calculi neregulați, foarte friabili, galben deschis cu fețele de compresiune; cu ei ese și o cantitate mică de bilă. S'au fixat apoi pereţii veziculei de tegument şi s'a drenat.

Până în Ianuarie fistula biliară a secretat şi s'a închis in urma unei noi intervenţiuni, când am avivat plaga abdominală. Pacientul a eşit vindecat şi în perfectă stare. L'am văzut după 4 luni dela intervenţiune, în aceiaşi stare bună şi mult îngrăşat.

3. *Pepi Schuerer* de 35 ani, din Craiova, intră în serviciu în ziua de 9 Februarie 1900, pentru o tumoră pe care o are în abdomen de 4 luni. Sănătoasă mai nainte, nu simţise nimic în abdomen când deodată are dureri mari în pântece, vărsături, toate aceste survenite în urma unei clisme calde. Chemă un medic care găseşte tumoară şi diagnosticează un *Rinichi mobil drept*. In urma unui tratament administrat, se mai ameliorează şi prin luna Ianuarie vine în Bucureşti, intră în unul din spitale, unde se confirmă diagnosticul de *Rinichi mobil* şi i se face în consecinţă o *Nefropexie*. Bolnava se vindecă de intervenţiune şi când se ridică din pat simte iarăşi tumora la locul ei. Refuză când i se propune din nou intervenţia mea.

In Februarie 1909, vine în serviciul d-lui Prof. Angelescu şi din cauza greutăţei pe care i-o dă tumora cere intervenţia.

In antecdente găsim febra tifoidă la 21 ani, friguri palustre în copilărie. Menstruată la 16 ani, normal, 7 facerl normale şi 2 avorturi. *Constipaţia aproape în permanenţă, suferea de cefalalgii* intense. Digestiunile erau penibile, greţuri mai după fiecare masă şi regurgitaţiuni. Nimic important, hereditar ori colateral.

Starea prezentă. De constituţie bună, atermică, simte greutate în pântece la mers. Abdomenul flasc. *La palpare se simte în partea inferioară a fosei iliace drepte o tumoră oblungă, regulată, nedureroasă, de mărimea unei portocale, foarte mobilă şi care se schimbă ca poziţiune cu mişcările bolnavei. Percuţiunea ne dă matitate. Consistenţa tumorei pare a fi solidă. Nu se mişcă cu mişcările respiratorii.* Intre ea şi ficat găsim sonoritate. Apetitul conservat. Scaunele rare, la 2-3-4 zile, niciodată însă melena. *Greutate în totdeauna după masă când respiraţiunea era dificilă.* Pulmonul respiră normal, cordul bate bine, arterele sănătoase. Splina uşor percutabilă, nedureroasă. Ficatul nu întrece falşele coaste, nedureros la presiune. Rinichii normali. Urina nu conţine nici zahar. nici albumină. Celelalte substanţe normale. Examenul sucului gastric nu ne dă nimic. Organele genitale în bună stare. Reflexele normale. Ganglionii indemni.

După cele descrise mai sus, având în vedere mobilitatea mare a tumorei şi celelalte, ne-am gândit pentru un moment la o tumoră intestinală. După un examen mai amănunţit am precizat o veziculă biliară enormă.

La 24 Februarie 1909 se intervine sub cloroform. Se face o *laparatomie mediană supra-ombilicală* şi se deschide peritoneul. Imediat se găseşte o tumoră regulată, de mărimea unei piese mari cu un pedicul lung ce mergea sub ficat; aceasta nu era decât vezicula biliară foarte mărită, foate mobilă. Se pun 2 pense pe pedicul, cât se poate mai spre bază şi cu termo-cauterul; se secţionează pedicului, după ce s’a izolat perfect marea cavitate peritoneală. Măsura de a se secţiona cisticul cu termo-cauteru a fost foarte bună de oarece s’a găsit puroi şi în pedicul. Apoi s’a suturat în trei straturi pediculul rămas, căutându-se a ce invagina bontul pe cât a fost posibil. Am făcut deci o *colecistectomie.* S’a închis apoi cavitatea abdominală.

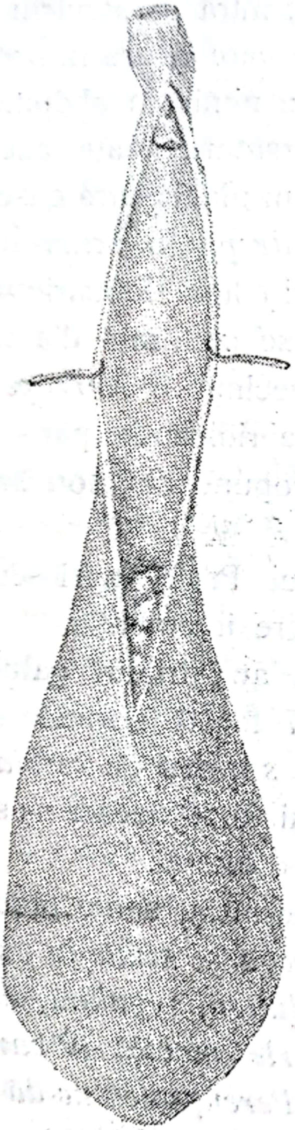


Fig. 2. — Vezicula deschisă plină cu calculi. Proporţiunea s’a păstrat cum era normal.

Secţiunea tumorei ne-a dat o veziculă enormă, cu pereţii foarte îngroşaţi, plină cu puroi şi cu 11 calculi mari ca o alună cu faţete datorite compresiunei.

La 22 Februarie se scot firele şi la 15 Martie pacienta ese vindecată din serviciu.

Am revăzut-o la $2^{1}/_{2}$ luni după intervenţiune în perfectă stare.

4) *Simieta Watzmann* de 54 ani din Galaţi, intră în serviciu la 19 Decembrie 1909 pentru dureri ce le are din când în când în flancul drept şi pentru o tumoară ce o simte acolo. Sunt peste 20 ani de când suferă de dureri, uneori foarte violente, cu iradiaţiuni în umărul drept, cari treceau în urma unui regim sever şi al calmantelor prescrise de medici. Dese ori era constipată şi atunci durerile se mai măreau, fiind însoţite de greţuri, cefalalgii şi adevărate frisoane. In ultimul timp, durerile erau aproape continue. Nimic important în antecedentele personale. Mama moartă de paralizie generală, tatăl mort în urma unui neoplasm al stomacului.

Starea prezentă. De constituţie bună, atermică, simte o greutate în dreptul ficatului, după ingerarea oricărui aliment şi în orice cantitate. Are dese regurgitaţiuni. *In ipohondrul drept şi puţin în afara liniei mediane, în dreptul ombilicului, se găseşte o tumoră de mărimea unei portocale, puţin lunguiaţă, rotundă, mobilă destul de bine, care prin percuţiune dă o submatitate continuându-se cu aceia a ficatului. Se simte o fluctuaţiune. Intre ficat şi această tumoră se simte un pedicul, care formează legătura. Tumora este nedureroasă la presiune.* Apetitul conservat. Constipaţie opiniată. Nimic la organele toraco-abdominale. Urina normală. Nimic genital. Reflexele normale.

Din cele descrise mai sus aveam tipul clasic al unei vezicule biliare calculoase, şi *diagnosticul era net de colecistită calculoasă.*

In ziua de 30 Decembrie 1909, procedăm la intervenţiune. Anestezia se face cu 0,08 cgr. stovaină şi $^1/_2$ miligram stricnină între a 4-a—5-a lombară, dupu care se dă poziţia înclinată puţin cu capul în jos. Anestezia se obţine îndată şi după 10 minute se ridică până la mamele. Durata anesteziei a fost de 1 oră, insensibilitatea perfectă. Are relaxarea sfincterului anal. Se face o *laparatomie laterală dreaptă* de 10 cm., dealungul marginei dreptului, începând de sub falşele coaste. *Găsim vezicula biliară mare cât o pară din cele voluminoase, cu aderenţe epiploice, intestinale şi hepatice.*

Ne-a fost imposibil să desfacem aceste aderenţe. La baza veziculei şi pe peretele anterior, am găsit o porţiune mai dură neregulată. *Văzând imposibilitatea de a extirpà vezicula s'a făcut o marsupializare,* fără însă a o deschide.

S'a aplicat un pansament şi a doua zi cu termo-cauterul am făcut inciziunea. Din veziculă în 6—7 zile consecutive am scos numeroşi calculi duri, neregulaţi, bruni-verzui. **Numărul total a fost de 126.** Mersul fistulei a fost normal.

La 8 zile dela intervenţiune îi apare pacientei o escară în regiunea sacrată, de o parte şi de alta a plicei interfesiere, cuprinzând şi partea superioară a acesteia. Escara simetrică are tendinţa a merge către profunzime; aşa că în 5—6 zile ajunge până la osul sacrum. Anestezia termică, tactilă şi dureroasă e dispărută complect în regiunea ulcerată şi 2 cm. de jur împrejur. N'are alte turburări de sensibilitate ale membrelor inferioare. Simte dela operaţiune amorţeală complectă în regiunea fesieră, fără ca să existe acolo turburări de sensibilitate. Reflezele: cel rotulian drept mai leneş. Escara e ceva mai jos de locul obicinuit al escarelor prin compresiune.

Ne-am gândit dacă aceste fenomene nu s'ar datori rachianestesiei, însă de câte ori nu avem escare foarte rebele. fără chiar să întrebuinţăm anestesic, datorite numai decubitusului dorsal. Bolnava a eşit în ziua de 21 Februarie 1910 vindecată.

5). *Doamna P. I.* din Piteşti de ani 40, vine în serviciu pentru o colică hepatică repetată, a 3 oară, cu toate simtomele clasice. Interesant la dânsa era că sub ficat se simţea o tumoră unghiulară mare cam de 2 degete, ţinând manifest de ficat, situată chiar în locul veziculei biliare. Refuzând intervenţiunea a fost supusă unui tratament pe care la urmat regulat.

După cât va timp simţindu-se bine a fost concediată. Revăzută la câte va luni, de şi încă mai avea oare cari dureri vagi în hipohondrul drept, tumora dispăruse.

II. Diagnosticul calculilor veziculei biliare

Deschizând toate tratatele noi de maladii ale ficatului, vedem că litiază biliara tinde pe fie care zi să treacă din domeniul medicinei în acel al chirurgiei. Această trecere ţine şi la aceia, că litiaza este din ce mai puţin considerată ca o afecţiune constituţională sau diatezică şi că formula patogenică tinde să se reducă la aceia că: *litiaza biliară este boală locală* rezultată din alteraţiunile inflamatorii ale mucoasei căilor biliare şi în special ale veziculei. Această formulă, susţinută cu tărie de *Naunyn* (1) la al X-lea congres de medicină internă din Wiesbaden (1891) şi detaliată în teza lui „*Fournier*“ Asupra originei microbiene a litiazei biliare“ 1896 modifică întru cât va simptomatologia afecţiunei în cauză, întru cât diateza de care vorbeam, odată constatată, ne punea oare cum pe calea diagnosticului. Azi după câte vedem, importanţa acestei diateze tinde să se reducă.

Incontestabil că nu ne vom ocupa aci, de simptomatologia clasică a calculilor biliari şi a complicaţiunilor lor fie mecanice fie infecţioase, căci acestea sunst descrise pe larg în toate tratatele cla-

---

1) Faure et Labey Maladies du Foie 1910 pag. 218.

sice. Voim numai să vedem, dacă putem profita ceva practic de pe urma observaţiunilor de mai sus, cari ni se par toate interesante.

Important pentru orice medic şi hirurg, este să poată diagnostica, de la început calculii veziculei biliare înainte de accidente şi tot aşa de important este ca să nu confunde această boală cu alte afecţiuni.

Vedem mai sus 2 cazuri interesante: în primul o femee prezinta toate fenomenele unui ulcer de stomac cu transformare în cancer şi cu toate acestea am găsit vezicula ocupată de un calcul mare. In alt caz o femee a fost operată pentru un rinichi mobil, în primul moment noi am crezut că avem aface cu tumoară intestinală, atâta mobilitate prezinta tumora şi totuşi am găsit calculi biliari. Al 3-lea pacient tratat de neurastenie, cu o durere fixă periombilicală este operat şi îi găsim numeroşi calculi.

Am dat aci numai operaţiunile şi bolnavii cari pot demonstra ceva, observaţiunile tipice nu le-am găsit utile.

Care ar fi importanţa diagnosticărei calculilor biliari de la început?

Incontestabil ca dacă diagnosticăm litiaza biliară, chiar fiind chirurgi nu vom opera pe bolnavi numai pentru aceste simple motive. Vom vedea mai departe când şi cum vom opera. Diagnosticul precoce are alt scop: „*Tratamentul apropiat şi eficace*“.

Câţi din bolnavii trataţi ani de zile pentru gastrite etc... afecţiuni diverse, nu au prezintat de cât fenomene de litiază biliară? Dificultatea începe tocmai aci pentru că sunt simptome cari se confundă şi această simptomatologie este abia schiţată în toate tratatele clasice, abia dacă se consacră cateva rânduri, arătânduse cum vezicula biliară calculoasă se poate confunda cu un rinichi mobil. cu o sarcină extrauterină (într'un caz) etc...

Nu vorbim de cazurile în cari calculi biliari s'au găsit numai la necropsie, fără ca să fi produs turburări apreciabile în timpul vieţei. Pe noi ne interesează acele vezicule biliare, în cari calculii produc fenomene morbide, de multe ori intolerabile şi unde suntem chemaţi să intervenim sau să aplicăm un tratament.

Prognosticul calculilor biliari este de multe ori benign, alte ori însă survin accidente destul de grave şi numai atunci îi putem diagnostica precis. Ne dăm seama prin urmare cât de folositori vom fi pentru bolnavii noştri, dacă atunci când dânşii prezintă dela început fenomene uşoare, sau fenomene cari ar cadra cu altă afecţiune, le-am putea pune un diagnostic precis şi le-am institui tratamentul indicat medical sau chirurgical.

O doamnă din Piteşti (ultima observaţiune), vine în cura serviciului d-lui Prof. Angelescu cu semne vădite ale unei colici hepatice repetată în 2 rânduri. Prezintă ficatul mărit şi mai ales partea corespondentă a veziculei biliare foarte dureroasă (intersecţiuoea marginei externe a muşchiului drept cu coasta X-a punctul lui Flemming). In acest nivel se simţea o tumoră, ce ţinea manifest de ficat, ne dădea perfect impresiunea acestei limbuliţe de substanţă a ficatului care însoţeşte vezicula biliară mărită şi coborâtă.

Ori după 2 luni de tratament medical urmat cu multă rigurozitate am revăzut pacienta şi am constatat cu mulţumire că durerile au dispărut, mai mult că tumora hepatică nu mai există. Cazurile de acest fel se pot vedea zilnic.

Din punctul de vedere al prognosticului trebue dela început să distingem două mari categorii de litiază biliară. In prima categorie intră calculii veziculei fără dureri, pe cari nu-i putem diagnostica decât foarte rar şi după cum am citat mai sus, de multe ori îi găsim accidental în laparotomii sau necropsii. Aceştia putem spune sunt oarecum indiferenţi pentru medic şi chirurg, cu atât mai mult, cu cât nici nu-i putem bănui. *In a 2-a categorie intră calculii veziculei biliare cu dureri perzistente (deseori fără colică tipică), care durere are cu totul altă valoare pentru că este manifestaţiunea unei colecistite sau că poate fi primul semn al unei complicaţiuni a litiazei.*

Bolnavii când ni se prezintă, vin pentru un simptom, care dacă nu ar exista multe boale ar fi tolerate de dânşii până în extremis. *Acest simtom este durerea. Une ori tare, alte ori mică dar perzistentă, alte ori caracteristică simulând ulcerul de stomac, alte ori limitată în jurul ombilicului tenace, exasperantă; alte ori în toată regiunea stomacului simulând gastritele; durerea există în toate cazurile, a căror observaţiune o dăm mai sus* şi ea a făcut pe pacienţi, să ceară ajutorul medicului.

Trebue însă să facem o restricţiune; ce e drept pentru foarte puţine din cazuri şi anume că: durerea chiar în colica hepatică învederată, nu însemnează totdeauna existenţa calculilor, după cum şi invers, calculii pot fi toleraţi perfect, fără să dea durere. *Criza dureroasă poate fi datorită unei colecistite,* fapt care a făcut pe unii (Riedel) să afirme şi să susţie teoria inflamatorie a colicei hepatice.

Sediul şi felul durerei pot fi variabile, după cum am văzut. *Ca principiu însă putem spune că: ori de câte ori avem o durere localizată în regiunile hepatică, gastrică ori periombilicală, fie ea violentă, fie ea surdă şi perzistentă, în totdeauna să ne gândim la eventualitatea unei litiaze a veziculei sau a căilor biliare,* şi să cercetăm cu deamănuntul antecedentele şi starea prezentă în această direcţiune.

Am căutat să interogăm cu insistenţă şi în cele mai mici detalii bolnavii cu colică hepatică, cari de sigur că prezintau calculi în vezicula biliară, cu câtva timp mai înaintea apariţiunei simptomelor alarmante şi astfel ne-am putut da seama de o serie de semne, fără mare importanţă la un examen uşor, dară cari credem noi, ne pot fi de un folos real în punerea unui diagnostic precis. Ideea nu este nouă şi încă din anul trecut Moynihan 1) urmărind aceiaşi metodă, a ajuns la câte-va concluziuni foarte utile.

In general fenomenele la începutul boalei şi chiar în cursul ei, sunt de aşa natură, *încât suntem conduşi de multe ori la concluziunea, că avem a face cu o afecţiune a stomacului, mai mult decât cu una a veziculei biliare.* Ce vrem mai mult şi mai tipic decât exemplul din observaţiunea No. 1, unde totul cadra cu un neoplasm al stomacului, sau cel puţin cu un ulcer în cale de transformare şi unde toate fenomenele gastrice au dispărut imediat ce calculul pe care l-am găsit în vezicula biliară a fost scos. Gastric după cum am văzut nu s'a găsit nimic. Vecinătatea veziculei cu pilorul, aderenţele de pericistită; toate acestea ar explica până la un punct fenomenele gastrice, ce le prezinta pacienta.

Alt semn afară de durere, este felul cum se face digestiunea.

Bolnavii simt la trei sferturi de oră sau o oră după masă o greutate în regiunea gastrică, o sensaţiune de plenitudine sau de tensiune la epigastru, simt că stomacul le este plin, oricare ar fi cantitatea alimentaţiunei; fapt pentru care se plâng că nu pot mânca nimic, că au greţuri din când în când. Unii pun capăt acestor suferinţe fie printr'o emisiune de gaze, regurgitaţiune sau prin adevărate vărsături alimentare.

Unele alimente ca fructele verzi, brânza, ceaiul, cafeaua, etc..., provoacă în particular această stare.

---

1) Moynihan (Londres) Journal de chirurgie No. 2, T. II, pag. 209 şi următoarele.

Această greutate se însoţeşte în *general de un spasm al diafragmului*, de o sensaţiune de greutate în respiraţiune, care face că inspiraţiunile nu au decât o mică amplitudine, ca şi cum ceva le-ar limita.

Acest semn este după unii autori special greutăţei de după masă, ce se găseşte la toţi litiazicii şi ar permite sa deosebim chiar durerile, de acelea ale ulcerului de stomac sau ale duodenului.

Dacă mai adăogăm la aceasta: *frisoane din când în când*, senzaţiunea de aceia ce se numeşte *„chair de poule“*, *dureri de cap şi uneori migrene* foarte rebele cari fac *orice lucru intelectual imposibil*, avemin totul un şir de fenomene morbide mici în aparenţă, cari trebuesc cercetate cu deamănuntul în examenul şi interogatoriul bolnavului şi cari dacă există ne pot pune pe calea diagnosticului.

Sunt chirurgi cari au operat, bazaţi pe aceste semne precoce au găsit calculi, i-au ridicat şi toate turburările au dispărut.

Personal în câte-va cazuri tratate cu afecţiuni gastrice, am găsit simptomele de mai sus; verificarea litiazei nu ne-a fost posibilă de oarece pacienţii au refuzat intervenţiunea. Puşi însă pe un tratament apropiat, ameliorarea a fost evidentă. Vom reveni în alt articol cu un număr de observaţiuni suficient în sprijinul celor de mai sus. De o camdată la fiecare laparatomie pentru orice afecţiune, vom cerceta vezicula biliară şi când vom găsi calculi, vom căuta în urmă prin interogator să vedem dacă simptomatologia de mai sus există în totdeauna în complectul ei.

Tratamentul chirurgical al calculilor veziculei biliare

Nu ne vom ocupa de tratamentul medical în acest capitol. Căutăm numai să ne dăm seama de folosele intervenţiunilor în calculii hepatici. Descrierile pe larg din tratatele clasice ne fac a fi, cât putem de concişi arătând numai ceia ce am conchis din intervenţiunile de mai sus.

De la început trebue să mărturisim că *colecistectomia* este operaţiunea ideală şi cea mai utilă de practicat. Noi însă, acolo unde am avut indicaţiuni, am practicat dese ori *colecistostomia* şi am avut rezultate fericite. Cât priveşte *Colecistotomia* nu o vom mai face-o nici odată. *O singură dată am practicat-o.*

Bolnava a fost în perfectă stare câteva luni, după care a *revenit cu toate simptomele unei noi litiaze, unui nou calcul format în veziculă. Ne-a promis că va veni să fie reoperată* şi atunci vom avea ocaziunea, să constatăm „de visu“, cea ce am stabilit cliniceşte. Colecistotomia ideală pe care noi am practicat-o o singură dată, este azi lăsată în părăsire de toţi chirurgii; acesta de când Lawson Tait i-a arătat cel dintâi desavantagiile. (Kehr la congresul de chirurgie din Bruxelles în 1908 o a condamnat-o definitiv). Pe noi cea ce ne-a tentat, s'o facem, a fost în primul rând faptul că vezicula biliară era după toate probabilităţile aseptică; în al 2-lea rând aveam un calcul unic într'o veziculă încă în bună stare macrospiceşte, destul de mobilă, cu pereţii rezistenţi şi atunci practicând-o cu toate precauţiunile, am avut suscces relativ şi temporal. In afară de aceasta statisticele (parte din ele) ne arată adevărate dezastre, peritonite fulgerătoare, consecutive rupturei firelor sau friabilităţei pereţilor veziculari, mai totdauna profund alteraţi. Iată dar propia experienţă care ne reduce la cele lalte două intervenţiuni colecistostomia şi colecistectomia.

In observaţiunea No. 2 s'a găsit vezicula biliară foarte aderentă de jur împrejur, foarte mărită şi am făcut o colecistostomie.

In observaţiunea No. 4 vedem de asemenea că am găsit o veziculă biliară mare, cu întinse aderenţe, epiploice şi intestinale imposibil să le desfacem. Calculii se găseau nu numai în veziculă, dar şi în restul căilor biliare. Am făcut şi în acest caz colecistostomia şi s'au eliminat în câte-va zile după intervenţiune *126* calculi de diferite mărimi. In ambele cazuri succesul a fost perfect şi până în prezent nici o recidivă nu s'a ivit.

In cazul No 3 vezicula mare mobilă, fără aderenţe bine pediculată s'a putut extirpa în condiţiuni perfecte, am făcut colecistectomia cu rezultat desăvârşit. Iată dar că aceste 2 intervenţiuni deşi practicate pe un număr de cazuri restrâns, urmărite însă cât-va timp, ne-au dat rezultate excelente.

Sunt chirurgi cari practică de „partie prie“ extirparea veziculei biliare şi cităm numai câţi-va din ei: Von Bardeleben, Löbker, Thorspecken, Hörte, Poppert, Kehr, etc. Toţi au în vedere desfiinţarea acestui organ. unde se pot din nou ivi viitori calculi: mai ales ştiind că: rolul fiziologic al veziculei, nu este aşa de important, ca absenţa ei să aducă o perturbaţiune în funcţiunea organismului. In sprijinul acestei convingeri vine încă şi anatomia comparată.

In privința acestei intervențiuni, Doyen și Vitsel au stabilit o cale *subseroasă,* foarte practică atunci când se poate executa. In Germania *colecistectomia cu drenagiul căilor biliare* tinde să înlocuiască din ce în ce mai mult simpla intervențiune.

Alți chirurgi rămân fideli ai colecistostomiei ca: Czenny, Petersen, Max Schede, Merck, Bramann, W. și Ch. Mayo, etc.... și *Mayo Ribson* cel mai credincios și rezolut partizan al ei.

Nu vom intra în discuțiunile, ce pot forma volume, asupra alegerei între aceste 2 intervențiuni, cadrul lucrărei de față nu ne permite, în plus ar fi ca să repetăm ceeace s'a scris și se scrie pretutindeni. Statistice favorabile sunt nenumărate și după ele nu putem trage o concluziune practică, de oarece procentele de mortalitate sunt minime și pentru una și pentru alta. *Ceeace trebue să reținem este că (1) mortalitatea pe sute de cazuri urmărite unde nu s'a intervenit este de 8—9 °/0 și că acolo unde s'a intervenit procentul variază după chirurgi dela 5 °/0 (Mayo pe 400 cazuri), 15 °/0 (Kehr), etc... deci cam aceiași proporțiune.*

Din cele de mai sus și bazați pe observațiunile personale, putem spune că convingerea noastră este, *că ambele intervențiuni au o valoare reală și că atunci când sunt făcute după indicațiuni precise, dau rezultate admirabile cu destul folos pentru bolnavi.*

Am pus diagnosticul precoce de litiază biliară, chestiunea este dacă trebue să intervenim sau nu imediat? De sigur că rezultatele tratamentului medical sunt bune în multe cazuri și vindecarea se poate obține. Am putea spune mai bine că calculul sau calculii sunt tolerați, probă ceeace spuneam la început nenumăratele cazuri de necropsii, unde s'au găsit calculi tolerați până la o etate înaintată. Vindecarea care se obține constă în faptul, că vezicula biliară cu calculi nu mai reacționează, nu mai dă fenomene apreciabile. Acest fapt nu depinde în totdeauna nici de numărul calculilor, nici de volumul lor; ci de fenomenele infecțioase ce se pot ivi, ori de migrațiunile calculilor.

Așa că în principiu și ca normă vom avea ca să încercăm tratamentul medical la început. Dacă fenomenele dispar și după câtva timp se mențin astfel, putem considera bolnavul ca vindecat.

---

(1) C. Cotte. Thèse Lyon 1908, pag. 470. Traitement Chirurgical de la lithiase.

Dacă însă fenomenele morbide continuă, și mai ales dacă se repetă și se accentuează, vom interveni pentru două motive: primul spre a face să dispară acele fenomene și în al 2-lea rând pentru a preveni complicațiunile în viitor, complicațiuni grave și cari pot face o operațiune ce ar fi ușoară la început, să se prezinte în condițiuni grele pentru bolnav și operator. Se înțelege cât de greu este a se interveni pe o veziculă cu multe aderențe, plină cu puroi, cu căile biliare infectate și cu starea generală rea. Mai mult, o intervențiune precoce, așa cum o înțelegem noi, are toate șansele de reușită dacă avem în vedere că în aceste condițiuni putem ușor să facem operațiunea cea mai de folos *colecistectomie. Dacă însă ținem bolnavii în expectativă prea mult, ne vedem siliți să recurgem, ca în cazurile de mai sus, la o operațiune mai ușoară de executat, mai puțin gravă, și care să ne pue la adăpost de complicațiuni imediate. Aceasta este colecistostomia.* De exemplu în cazul unde s'au eliminat din veziculă 126 calculi, acești calculi nu erau toți în veziculă în momentul intervențiunei. Mulți din ei se găseau în căile biliare; așa că *colecistectomia* era o operațiune incomplectă și chiar dacă am fi voit s'o complectăm prin drenagiul căilor biliare, totuși nu am fi putut garanta eliminarea unui așa mare număr de calculi. Prin *colecistostomie* am lăsat o continuă scurgere a calculilor și prin spălături repetate, evacuarea s'a făcut probabil complect, bolnava a eșit vindecată și vindecarea s'a menținut.

Din cele de mai sus, complectate bine înțeles cu nenumăratele discuțiuni și statistici, putem trage oarecari concluziuni practice.

Dacă am decis intervențiunea să nu fim dela început porniți pentru una sau cealaltă din operațiuni. După ce vom deschide abdomenul și după cum vom găsi vezicula biliară și după starea generală, ne vom conduce în intervențiunea noastră. Atât colecistostomia, cât și colecistectomia urmate sau nu de drenagiu, sunt operațiuni folositoare și aplicate la timp, dau rezultate excelente.

Și ca să fim noi preciși vom căuta ca într'un scurt tablou să dăm indicațiunile acestor intervențiuni:

Vom practica colecistostomia în următoarele cazuri:

a) *Când avem puroi în veziculă, când temperatura este mare și când căile biliare sunt prinse în procesul inflamator*; *aceasta pentru a evita contaminarea cavităței peritoneale.*

b) *Când starea generală este gravă și când complicațiunile* *dela celelalte organe (nefrite, cardiopatii etc...) ne indică să mergem repede.*

c) *La oameni în vârstă, cari suportă greu traumatismele mari.*

d) *Când avem aderenţe prea întinse, imposibil ori foarte greu de desfăcut cu intestinele, epiploonul, etc.*

e) *Când avem calculi numeroşi în tot tracctul căilor biliare.*

f) *Când pereţii veziculii sunt destul de rezistenţi şi leziunile atât cât se pot vedea macroscopiceşte, nu sunt înaintate.*

Colecistotomia complect delăsată, îşi are o singură indicaţiune (cum a fost în cazul nostru descris mai sus) când avem un calcul unic, mare, într'o veziculă sănătoasă (9) cu pereţii rezistenţi şi mobilă; în plus când putem aplica 2 şi chiar 3 straturi de sutură.

Să băgăm bine de seamă ca, căile biliare să nu fie astupate, căci ne dăm bine seama la ce pericol expunem pe bolnav, în cazul când am avea oarecare tensiune în interiorul veziculei.

In toate celelalte cazuri vom practica **colecistectomia,** *cu sau fără drenagiu, după starea de infecţiune a căiloi biliare.*

Cât priveşte technica acestor intervenţiuni; aceasta este bine stabilită în toate tratatele clasice noi, aşa că nu o vom descri.

MEDICINA PRACTICĂ

1. Valoarea şi pericolele administraţiunei calomelului la interior

In *Therapeutische Monatshefte*, numărul din Sept. 1910, a apărut o lucrare interesantă asupra valorei şi toxicităţei calomelului administrat la interior. Autorul atrage atenţiunea asupra faptului că dese-ori, chiar în doze mici, calomelul lucrează ca un toxic violent. Sunt în adevăr până acum 14 cazuri de moarte consecutivă administraţiunei de doze obicinuite de calomel în cari fenomenele clinice şi rezultatul autopsiei au demonstrat o intoxicaţiune mercurială acută.

După autor, ori-ce bolnav care absoarbe calomel riscă să fie intoxicat; cauzele pentru cari în unele cazuri el este toxic nu sunt cunoscute.

Din punctul de vedere al acţiunei purgative, calomelul nu prezintă nici o superioritate asupra celor-lalte purgative.

In ce priveşte acţiunea diuretică, aceasta se manifestă mai ales la cardiaci cu edeme, în cari cazuri tocmai au fost observate accidente de intoxicaţie mercurială.

Cum după acest autor, nici ca acţiune cholagogă şi antiseptică intestinală, calomelul nu prezintă nici un avantagiu, cred că acest medicament trebuie exclus din terapeutica internă.

2. Strofantina în afecţiunile cardiace

Accidentele, mortale de cele mai multe ori, provocate de strofantină întrebuinţată în mod neraţional, au făcut pe mulţi practiciani francezi să o excludă din terapeutica curentă.

Incercările au fost foarte restrânse în Franţa şi nu se poate trage nici o concluzie din rezultatele obţinute în câte-va cazuri.

In Germania, Anglia şi Italia se continuă cercetările, şi actualmente în Germania unde cercetările au fost făcute pe sute de cazuri strofantina este considerată ca un medicament excelent, mai ales când avem nevoie să tonificăm repede miocardul.

In *Edimburg med. Journal* din Aprilie 1910 a apărut o lucrare interesantă în această privinţă insistând asupra eficacităţei acestui medicament în afecţiunile cardiace cu ruptură a compensaţiuni. Matitatea cardică diminuă în mod simţitor în urma injecţiilor de strofantină.

Cea mai mare parte dintre autori au întrebuinţat strofantină amorfă care este de 2 ori şi jumătate mai puţin toxică ca cea cristalizată. Alţii ca de exemplu Bailey, preferă această din urmă formă, ca mai activă în doză mai mică.

Crispolti a întrebuinţat în 30 de cazuri de leziune cardiacă de diverse naturi, $^{1}/_{4}$-1 mgr. strofantină cristalizată cu bune rezultate.

Nu va fi întrebuinţată în cazurile în cari există o leziune renală manifestă nedepinzând de insuficienţa cardiacă.

Cum este vorba de o acţiune rapidă, şi cum de altă parte cu digitalina Nativelle în doză masivă putem obţine rszultate excelente dar lente, nu este nevoie să recurgem la strofantină decât în ultimul moment, când cele-lalte cardiotonice n'au avut efect sau când bolnavul, deşi netratat, este într'un grad aşa de avansat de asistolie, încât nu putem aştepta efectul lent al digitalinei.

Charteris a întrebuinţat şi dozele fracţionate, 2—3 în 24 ore. In general însă dozele fracţionate produc o rărire şi întărire manifestă şi foarte rapidă a sistolei, diureza nu este mărită în mod aşa de simţitor ca cu doza masivă.

In ori-ce caz nici odată nu vom injecta mai mult de 1 mgr.

Bailey a injectat până la 1 mgr. $^{1}/_{2}$, totuşi consiliază să nu ne servim de o doză mai mare de $^{1}/_{2}$ miligram.

3. Tratamentul anemiei pernicioase prin acidul chlorhydric în doză mare

Cum în anemia pernicioasă găsim dese-ori asociată anachlorhydria, s'a preconizat întrebuinţarea acidului chlorhydic singur sau asociat cu pepsina în acest sindrom.

Beebe (New-York) administrează după fie-care masă 120—360 gr. din soluţiunea următoare:

Acidchlorhydric . . .	VI picături.
Apă destilată . . .	300 gr.

Autorul a obţinut rezultate bune în 13 cazuri. Starea generală a bolnavilor s'a ridicat şi cantitatea de hemoglobină a crescut.

Rudisch obţine de asemenea bune efecte asociând HCl cu pepsina.

4. Mijloacele prin care se poate provoca încetarea acceselor de tachicardie paroxistică

Tachicardia paroxistică, aşa cum a fost descrisă de Bouveret, este caracterizată prin acese cu început şi sfârşit brusc de tachicardie, cu ritm regulat, *la indivizi cari nu prezintă nici un semn de o leziune cardică.*

Cercetările ulterioare au arătat că aceste cazuri sunt foarte rare, însă în cele mai multe cazuri există o leziune cardiacă, valvulară sau miocardică, şi că, după majoritatea autorilor chiar, nu există tachicardie paroxistică fără o leziune a fibrei musculare cardiace. Nu se mai poate admite în momentul de faţă accese de tachicardie paroxistică cu 200—300 pulsaţiuni pe minut prin simplă paralizie a pneumogastricului, de oare-ce secţiunea ambilor pneumogastrici la animale n'a provocat nici odată o tachicardie mai pronunţată decât 130—140 pe minut.

Ori-ce excitaţiune a pneumogastricului însă poate avea acţiune asupra acceselor de tachicardie paroxistică.

Pentru oprirea accesele unii au preconizat comprimarea sau faradizarea pneumogastricului, alţii o inspiraţiune prelungită. Bolnavul lui Appert umplea plămânii de aer şi închidea glota în timp de 1—2 minute. Bolnavul lui Laache pune o compresă foarte caldă sau punga de ghiaţă pe regiunea precordială.

Prin toate aceste mijloace se poate opri accesul de tachicardie. Se pare însă că cel mai bun mijloc pentru a provoca încetarea accesului este administrarea unui vomitiv.

In tratatul lui Stokes deja, se vorbeşte de două cazuri în cari accesele erau oprite prin ipeca.

Cazul lui Devic de asemenea este foarte demonstrativ. Este vorba de un bolnav care pentru a-şi potoli crizele, înghiţea cantităţi mari de tizană fierbinte. Intr'un acces cantitatea prea mare de lichid introdusă în stomach îi provoacă vărsături. Câte-va momente după vărsături accesul a încetat.

Devic administră bolnavului său în timpul unui acces în care pulsul era la 220 pe minut, 40 grame de sirop de ipeca.

După 10 minute bolnavul a început să aibă greaţă, iar pulsul a scăzut la 120. După altul 5 minute o vărsătură a provocat o rărire a pulsului până la 94 pe minut. In urmă pulsul a continuat să se rărească ajungând după 30 de minute de la administrarea vomitivului la 84.

Acestă experienţă a fost repetată de mai multe ori cu acelaşi rezultat. Acelaşi efect a fost obţinut după injecţia de 1 mgr. de apomorfină.

Vomitivul care pare că convine mai bine este ipeca.

La un bolnav cu tachicardie proxistică Weill a observat acelaş fenomen. De asemenea Paviot, Merklen, Pal, raportează cazuri analoge.

Dintre toate metodele mai sus enumărate, se pare deci că administrarea unui vomitiv dă rezultatul cel mai manifest. Ezitarea este permisă când este vorba de un bătrân sau un asistolic înaintat.

5. Reacţiunea meiostagminei

Această reacţiune, de curând descoperită de Ascoli (Pavia) şi Izar, se bazează pe modificaţiunile tensiunei superficiale produse de amestecarea unui antigen cu anticorpul său specific.

Dacă se amestecă un antigen sifilitic cu ser normal, tensiunea superficială a amestecului descreşte într'un oare-care grad; această modificare este mult mai pronunţată dacă în loc de ser normal adougăm antigenului specific un ser sifilitic.

Măsurarea tensiunei superficiale se face urmând principiul că un acelaşi volum de lichid, măsurat cu acelaşi compte-gouttes, dă un număr cu atât mai mare de picături cu cât tensiunea superficială este mai mică. Numărarea picăturilor se face cu *stalagmometrul lui Traube.*

Se prepară un extract de ficat sifilitic de exemplu, care se diluează în urmă foarte mult, une-ori până la $^1/_{1000}$ şi $^1/_{10000}$. Diluţiunea excesivă are mare importanţă, cu soluţiunile concentrate putându-se obţine reacţiunea pozitivă chiar cu un ser normal.

Se diluează de asemenea serul $^{1}/_{10}$ sau $^{1}/_{20}$ şi se amestecă o parte din diluţie de antigen cu 9 părţi din aceea de ser specific. Se lasă două ore la 37° sau o oră la 50° şi se numără în urmă, comparativ cu un amestec în aceleaşi proporţii de acelaşi antigen cu ser normal, picăturile pe cari le dă un volum determinat.

Cu serul normal, adiţiunea de antigen, variază cu o fracţiune de gută sau o gută, mult o gută jumătate, în raport cu numărul de gute date de diluţia de ser fără antigen; pe când această variaţiune este de 4—8 gute când se face amestecul de antigen specific cu serul specific.

Această reacţiune a răuşit atât lui Ascoli cât şi majorităţei cercetătorilor cari au controlat reacţiunea.

Reacţiunea reuşeşte bine în sifilis, în tumorile maligne, tuberculoză, ankylostomiază, echinococcoză, febră tifoidă.

In general procentele de reacţie pozitivă sunt mari, iar serul de la indivizi cu siguranţă neatinşi de infecţiunile de mai sus, nu dă nici odată reacţiune.

In materie de sifilis şi tumori maligne, este de notat că reacţiunea meiostagminei ca şi aceea a lui Wassermann, poate fi pozitivă nu numai cu antigenele specifice, ci şi cu cele normale.

6. Technică nouă a injecţiunei de dioxidiamidoarsenobenzol

Duhot de la Bruxelles, care a făcut 225 de injecţiuni de 606, crede că avem toate avantagiile să facem injecţia cu o soluţiune iar nu cu o suspensiune de acest medicament.

Doza cuvenită de 606 este frecată în mojar cu $^{1}/_{2}$—1 cc. alcool metilic, după care se adaogă 4—6 cm.c. apă fiziologfcă. *Nu se face uz de sodă caustică.* Injecţiunea este făcută de ambele părţi într'un punct situat la mijloc şi ceva de-asupra liniei, care uneşte spina iliacă postero-superioară cu extremitatea superioară a plicei interfeziere.

Doza maximă la bărbat robust este de 1 gr. 10, la femeie robustă 1 gr; la un bărbat slăbit 0,70, la o femeie debilitată 0,60 ctgr. La copii 0,008—0,01 pe kilogram.

Arsenobenzolul în suspensie dă infiltraţiune şi dureri pronunţate, pe când soluţiunea de 606, preparat după indicaţiunile lui Duhot, nu este cât de puţin dureroasă şi nu dă loc la accidente.

7. Valoarea practică a percusiunei palpatorii

Această metodă consistă în praticarea unei percusiuni slabe perpendiculare pe degetul aplicat cu forţă pe peretele toracelui pentru a-i diminua cât mai mult vibraţiunile cari ieau naştere prin percusiune. Prin acest procedeu apreciem mai mult sensaţiunea de rezistenţă la degetul percutat care palpează, decât calităţile sunetului născut din percusiune. Metoda a fost indicată de mult timp de Ebstein în Germania (*Tastpercussia*), de Orsi în Italia.

Roudwitzky întrebuinţează o variantă a procedeului percusiunei palpatorii, prin care autorul nu apreciază prin degetul percutat decât gradul de rezistenţă al ţesuturilor pe cari este aplicat, şi face completă abstracţiune de sunetul produs de degetul percutor.

Este în realitate o varietate nu de percusiune ci de palpaţiune. In procedeul Ebstein-Orşi, degetul percutor loveşte perpendicular pe cel percutat, aşa în cât ia naştere un sunet manifest, pe când în acel al lui Roudwitzky degetul percutor loveşte sub un unghiu ascuţit, şi aceasta nu pentru a obţine un sunet, dar numai pentru a face contactul mai intim între deget şi peretele toracic şi a putea percepe ast-fel mai bine rezistenţa ţesutorilor la palpaţie.

Metoda lui Ebstein-Orsi, asupra căreia Grocco are o practică îndelungată poate servi mai ales pentru delimitarea inetităţei cardiace şi determinarea a două diametre, unul oblic, celalt transvers, după care putem să ne dăm seama de partea din inimă care este mai mult afectată.

Extremitatea inferioară a diametrului oblic este reprezintată prin vârf, bine determinabil mai ales prin percusiune palpatorie uşoară şi radiată, iar extremitatea superioară este găsită făcând percusiunea palpatorie de sus în jos, dealungul marginei stângi a sternului. In stare normală această extremitate este situată pe marginea superioară a coastei a treia stângă, la unghiul format cu sternul. Lungimea diametrului oblic este de $8^1/_2$—9 cm.

Diametrul transversal este determinat percutând palpatoriu la înălţimea coastei sau spaţiului intercostal al 4-lea, deplasând degetul transversal. Extremitatea dreaptă a diametrului transvers este la unirea celor 2 treimi dreapte cu treimea stângă a sternului, cea stângă la 1 cm. înăuntrul liniei memelonare, iar lungimea lui este de $7^1/_2$—8 cm.

Diametrul oblic ne dă indicaţiuni asupra ventriculului stâng, iar cel transvers asupra cordului drept.

Prin percusiunea palpatorie se apreciază foarte bine starea atriului stâng. In stare normală percutând transversal pe coasta a treia se obţine sub-matitate pe întindere de 1 cm. de la marginea stângă a sternului, pe când în cazurile în cari există o dilataţiune a auriculului stâng zona de sub-matitate se întinde pe o distanţă de 2—4 cm. şi chiar mai mult.

8. Sgomotele aorto-pericardice ale lui Grocco în aortita cronică

De curând Grocco a descris în aortita cronică nişte sgomote foarte fine, cari se percep imediat de-asupra bazei cordului până la înălţimea celei de a doua coastă.

Se aud mai net în timpul sistolei de cât în timpul diastolei şi sunt mai manifeste când bolnavul este la finele expiraţiunei.

Aceste sgomote sunt probabil produse de o pericardită uscată secundară provocată de aortită. Se deosibesc de frecăturile pleuro-pulmonare cari sunt în raport mai mult cu mişcările respiratorii decât cu contracţiunile cardiace.

Prezenţa acestor sgomote pot ajuta în diagnosticul diferenţial între o angină de piept prin leziune aortică şi o angină reflexă.

LUNA MEDICALĂ

Société de Biologie

No. 29. 28 Octombre, 1910.

PEZZI et E. SAVINI. — **Sur l'action des endotoxines typhique et cholérique, chauffées et non chauffées sur le coeur isolé de mamifère.** Servindu-se de aparatul de perfuziune a lui Pachon, autorii fac să circule în inima epurelui diluţiuni variate de endotoxină tifică şi cholerică neîncălzită sau încălzită la 120^0. Rezultatele au fost următoarele; endotoxina tifică încălzită sau neîncălzită n'are nici o acţiune asupra inimei în diluţie de la $1/_{5000}$—$1/_{500}$. Cu diluţia de 1 la sută apar fenomene depresive: diminuarea înălţimei pulsaţiunilor, care dispare în urma unei treceri ulterioare de lichid Ringer-Locke. Fenomenele depresive să accentuează cu concentraţia, care la 5 la sută dă oprirea inimei în diastolă precedată de un şir întreg de pulsaţiuni din ce în ce mai slabe. Spălarea ulterioară cu Ringer Locke restabileşte complect circulaţia. Acelaş grad de concentraţiune cu endotoxină încălzită la 120^6 n'a dat nici un efect. In acelaş fel să comportă endotoxina cholerică încălzită sau nu.

V. BARONI et C. IONESCO-MIHAIEŞTI. — **Sur la distruction par les rayons ultraviolets dc la propriété „Antisensibilisine" du sérum de cheval** (Contribution à l'etude du mécanisme de l'anaphylaxie). In cercetările făcute asupra anifilaxiei, autorii servindu-se de diluţiuni de ser de la $^1/_4$—$^1/_9$ în apă fiziologică 0.85 la sută şi chiar de ser nediluat dilutiuni, expuse la razele ultraviolete de la 30 minute — 3 ore $^1/_2$ au obţinut următoarele rezultate:

1. Puterea aglutinantă a unui ser (peste $1/_{40000}$) e distrusă complect după 40 minute de expunere. 2. Puterea toxică a serului, încercată pe animale sensibilizate, perzistă până la o expunere de 2 ore $^1/_2$, când e complect distrusă aşa că 0,4 ser ast-fel expus, inoculat în jugulara coboilor sensibilizaţi nu dă cel mai mic fenomen de anafilaxie. 3. Un ser precipitant epure-cal este capabil să confere o anafilaxie pasivă din cele mai evidente. Dacă la cobaii, la cari s'a injectat *intrape-*

ritoneal serul precipitant (epure-cal), a doua zi să fac injecţiuni intravenoase de ser de cal neexpus şi expus timp variabil să remarcă: fenomene tipice de anafilaxie la animalele injectate cu ser neexpus (martorii); fenomene mai puţin alarmante la cele injectate cu ser expus 1 oră $^1/_2$; uşoare fenomene de anafilaxie după o expunere de 2 ore $^1/_2$; *Nici un fenomen cu serul expus 3 ore. Foarte important că la o injecţie ulterioară de ser neexpus pe aceleaşi serii de animale s'au obţinut fenomene de anafilaxie numai la cele cari fuseseră injectate cu ser expus 3 ore restul animalelor obţinuseră imunitatea.* 4. Un ser expus 3 ore e încă precipitat printr'un serum anti.

ATILIO FLANA.— **Lésions sporotrichosiques expérimentales de l'ppareil lacrymal du lapin.** Injecţiunile au fost făcute în sacul lacrimal cu acul prin piele; după 8 zile tumefacţie cu fluctuaţie intensă, examen pozitiv. Importantul e că în cazul când s'au găsit paraziţi în secreţia lacrimală, *formele filamentoase sunt aproape exclusive,* pe când în gomele din ţesuturi se găsesc corpi în suveică.

Faptul e în legătură cu cercetările experimentale făcute cu inocularea în cornee: formele miceliene, se găsesc exclusiv în umoarea apoasă, pe când în iris, şi ţesuturile vecine se gătesc numai corpi în suveică.

GASPERI. — **Préparation de sérums hémolytiques et leucolytiques d'après le procédé de Besredka.** In prepararea serurilor: hemolitic şi leucolitic aplică procedeul D. Besredka, injectând de obiceiu intraperitoneal o cantitate mică câte-va ore mai de înainte de injecţiunea totală în vână. Cu acest sistem fenomenele de anafilaxie au fost în mare parte evitate; nu spune nimic despre titlul serului căpătat în aceste condiţiuni ceia ce ar fi fost mai ales foarte important. Pentru căpătarea serului leucotoxic face după acelaş metod injecţiuni ca Pancreas Aselli de epure.

EMILE WEIL et E. BOYÉ. — **Action des extraits d'Ascaris equorum sur la coagulation du sang de lapin.** — Se ştie că extractele de ankilostomi ca şi cele provenind de la animale, cari sug sânge, împedică coagularea sângelui. Autorii au găsit că şi extractul, provenind dela ascaris equorum, care nu suge sânge, are şi el aceaşi proprietate anticoagulantă. Extractul a fost preparat, uscând vermii în acid, să sfarmă apoi şi să macerează în apă fiziologică, 0.70; 2 gr. dintr'un asemenea extract inoculat în vâna auriculară a unui epure de 2 k-grame întârzie congularea. Acţiunea vermilor asupra coagulărei sângelui ar explica până la un oare-care punct mecanizmul hemoragiilor cauzate de paraziţi.

P. ABRAMI, CH. RICHET FILS et SAINT GIRONS. — **Recherohes sur la pathogénie des pancréatites infectieuses Voie ascendante et voie descendante.** Cercetările au fost făcute pe epuri, cărora li să administra după prealabilă alcalinizare a sucurilor digestive, cantităţi enorme de tific şi pneumobacil Friedländer, n'au obţinut niciodată nimic nici în culturi, nici în frotiuri din pancreas, într'o altă serie de cercetări au făcut legătura intestinului imediat sub ampula lui Vater: *nu s'a obţinut nici prin acest metod infecţiunea ascendentă a pancreasului,* conchid la o probabilitate mai mare a infecţiunei hematogene a pancreasului.

Carnot aminteşte experienţele sale de infecţiune experimentală ascendentă a pancreasului, în executarea cărora se servea între altele de punerea în ampula lui Vater unui fir de seton, dealungul căruia se făcea infecţiunea, *e pentru teoria eclectică.*

PAUL THAON. **Action des extraits d'Hipophyse sur la rein. Remarques sur l'opothérapie hypophysaire.** Inoculează la berbeci extracte proaspete de ipofiză, provenind dela aceleaşi animale. Intre accidentele observate au fost mai ales hematuriile violente. Dupa injecţiuni (fiecare nu conţinea decât o singură glandă), în care timp hematuriile se repetaseră în 3 rânduri, animalul slăbeşte, apare o pareză a trenului posterior; animalul moare. La autopsie *o glomerulo-nefrită din cele mai intense.* Aceste extracte au prin urmare acţiune diuretică indirectă prin mărirea presiunei arteriale şi mai important încă o acţiune directă asupra rinichiului, alterând parenchimul renal. Faptul are importanţă şi pledează pentru contraindicaţia acestui produs la renali.

JALLY. **Sur la survie des leucocytes.** Sângele cules aseptic într'o pipetă şi păstrat la ghetar, arată după 10 luni că elementele sunt vii, mişcările amiboide ale leucocitelor persistă.

ABELOUS et BARDIER. **Action hémolitique de l'urohypotensine. Résistance du sang des animaux immunisés à l'hémolyse.** Sângele animalelor vaccinate contra urohipotensinei nu este hemolizat de această substanţă, care hemolizează sângele unui animal normal. **M. CIUCĂ.**

No. 30. 4 Noembrie, 1910.

ALEXIS CARELL et MONTROSE T. BURROWS. **Culture de substance rénale en dehors de l'organisme. Culture de moelle osseuse et de rate.** Cercetări foarte interesante făcute pe pisici: autorii însămânţează în plasmă de pisică mici fragmente de rinichi dela acelaşi animal. Chiar în aceiaşi zi împrejurul celulelor renale se ivesc un mare număr de celule, nedefinite ca formă la început, fuziforme, mai târziu şi după 3—4 zile poligonale, formând o masă densă în jurul fragmentului renal. Intr'un alt tub de cultură în pătura densă de celule nou formate se văd numeroase Kario-Kineze şi la un moment dat un tub chiar îşi face apariţia, vegetând în mediul plasmatic.

In acelaş fel procedând cu măduva oaselor, împrejurul ei apar mici mase opace fără detaliu de structură la început, iar după 2 zile în mediul plasmatic se vede o cantitate mare de globule roşii, leucocite, polimorfonucleare, celule amiboide cu pseudopode, cu mişcări foarte active, după 4 zile în locul ocupat la început de măduvă, se văd fragmente de substanţă osoasă înconjurate de mari celule fuziforme.

Autorii au obţinut rezultate foarte satisfăcătoare, de asemenea făcând culturi de splină, după 2 zile celule noi se ivesc în mediul plasmatic: globule roşii, leucocite mononucleare şi polinucleare. Mononuclearele cu pseudopode lungi, au un reticul fin în citoplasmă, care înconjoară granulaţiile observate pe viu.

HALLION et BAUER. **Utilité de l'évaluation du pouvoir hémolytique naturel des sérums dans le séro-diagnostic de la syphilis par la méthode de**

Hecht. Pentru a indrepta părţile slabe a acestei reacţiuni şi anume capacitatea hemolitică şi alexică variabilă a serului uman, recomandă a se întrebuinţa diluţiuni variabile de globule roşii dela $1^1/_2$—$1^0/_0$ în sistemul hemolitic. Rezultatele comparate cu Wasserman ar fi dat rezultate foarte concluente.

ROCHAIX et DUFAURT. — **Remarques sur la réaction du neutral Roth.** Pe lângă colibacil, câţiva anaerobi, subtilis, paratifici, piocianic, dau o fluorescenţă din cele mai evidente diferiţi, coci şi bacterii, izolate din urina şi gunoiul grajdurilor. S'ar părea că e o reacţiune constantă a microbilor fermentaţiunei amoniacale şi în tot cazul prezenţa ei va indica în mod constant că apa este contaminată cu excrete umane sau animalice.

BILLARD et MAUBLANT. — **Sur l'immunité naturelle du canard domestique et de la Chouette contre le venin de vipère.**

BILLARD.—**Sur l'immunité naturelle du chat domestique contre le vénin de vipère.** Raţa de casă e din animalele cele mai refractare la veninul de viperă, care nu-i dă decât fenomene locale şi un uşor edem la o a II-a muşcătură. Acelaş ucru cu Pisica, recunoscută ca vânător de vipere, nu are nici un accident în urma muşcăturei de viperă, oricare ar fi rasa şi vrâsta pisicei, precum şi cantitatea de venin. E posibil că şi celelalte feline au imunitate naturală contra veninului şi particularimente contra neuro-toxinei.

M. CIUCĂ.

No. 31.

UGO-MELLO. —**Examen du sérum des chevaux porteurs de tumeurs malignes par la méthode D'Ascoli.** Pe 21 din 24 cazuri de sarcom al cailor sau cancer, autorul a obţinut reacţia lui Ascoli pozitivă, diferenţa numărului de picături fiind mai mare ca 2. Ca antigen intrebuinţau o soluţie diluată dintr'un extract alcoolic (metilic) de pulbere de cancer sau sarcom $^5/_{25}$. Antigenul era totdeauna controlat cu un ser canceros şi un ser normal. Tumorile benigne n'au dat reacţie pozitivă nici într'un caz; serul indivizilor, atinşi de diferite alte boale, au dat de asemenea rezultate negative cu acelaş antigen. Din cauză că antigenul se alterează cu uşurinţă, trebue controlat (la ficcare nouă reacţiune).

A. ROCHAIX et A. DUFAURT. — **Signification de la réaction du neutral-roth. Essai sur son mécanisme.** Adevărata reacţiune cu neutral-roth consistă în două elemente : coloraţia gălbue, vizibilă prin transparenţă, fluorescenţa verde vizibilă prin reflexiune. Ori această reacţiune nu este redată complect decât de b. Coli şi seria microbilor, cari au proprietatea să transforme urea în carbonat de amoniac. Bacilii : subtilis, mezenteric, P. Schottmüller, enteritidis Gärtner, produc fluorescenţa verde; niciodată însă culoarea galbenă (canari) prin transparenţă. Faptul se confirmă variind puterea de fermentare a ureei, cu ea diminuă şi intensitatea reacţiunei, care dispare după un şir de generaţii odată cu pierderea proprietăţilor acestor microbi de a mai da fermentaţiuni amonicale. Virajul în galben ar fi datorit prezenţei amoniacului, rezultat al discompunerei ureei de către microbii citaţi mai sus, de oarece se ştie că alcalii şi mai ales amoniacul virează în galben neutral-rothl

ALEXIS CARREL et MONTROSE BURROWS.— **Cultures primaires secondaires et tertiaires de glande thyroïde et culture de Péritoine.** Autorul numeşte cultură primară vegetaţiunea unui fragment de ţesut într'un prim mediu plasmatic; cultură secondară transportarea aceluiaş fragment într'un al doilea mediu şi aşa mai departe. Trecerile au marele avantaj că stimulează în mod evident creşterea şi prelungeşte viaţa ţesutului primitiv. Astfel procedând, autorii capătă culturi de tiroidă, însămânţând în plasmă de câne particule din această glandă, provenind tot dela câni. După 48 ore apar celule fuziforme numeroase pe marginele ţesutului, cari iradiază ca nişte catene în plasmă; mai în urmă apar celule poligonale. In culturile secundare creşterea e aşa de mult stimulată că după 12 ore apar în ţesutul plasmatic formaţiuni tubulare formate din celule epiteliale.

Culturile terţiare rămân dese-ori sterile. Important e că de la o vreme celulele nou formate se mobilizează de ţesutul însămânţat, îl părăsesc devenind independente. Printr'o technică analogă reuşesc autorii să fasă culturi de peritoneu şi pericard: şi aicea au observat tendinţa de mobilizare şi independenţă a celulelor noi.

PEYTON ROUS. — **Sarcome du poulet, transplantable ot donnant des métastases.** Autorul a reuşit să facă transportabil un sarcom al puiului, de la care a obţinut până in prezent 5 generaţii.

Sarcomul de tip fuzo-celular, are o proprietate invadantă extraordinară: un mic fragment grefat în pectoral dă fără excepţie o tumoră locală şi metastază în toate organele. Calea urmată de metastaze este cea venoasă şi înundează toate organele chiar inima. Imprejurul grefelor este totdeauna o infiltraţie limfocitară.

ALLEXIS CARREL et MONTROSE BURROWS. — **Cultures de sarcome en dehors de l'organisme.** De la sarcomul, descris mai sus, luînd mici parcele şi însămânţându-le în plasmă, autorii obţin culturi primare, care vegetează cu o repeziciune uimitoare: după 2 ore jumătate fragmentul e înconjurat de celulele fuziforme numeroase, care după câte-va momente devin complect libere în mediul plasmatic. Culturile secondare şi terţiare cresc cu aceeaşi iuţeală şi activitate.

SÉZARY. — **Sur une forme annulaire du tréponème pale.** Dintr'un caz de sifilis malign, care în mai puţin de 2 luni se localizase pe sistemul nervos, din pereţii arteriali, atinşi de arterită, autorul a colorat spirocheţi sinuoşi, şi întorşi în formă de buclă. Cum leziunea în care se găsesc astfel de forme, este constituită din gome recente caseificate, probabil că ele ar reprezenta un tip degeneratif.

EMILE FEUILLÉ. — **Indépendance des Albuminuries et des lésions tubulaires.** Autorul produce leziuni distrugătoare asupra tubilor contorţi, injectând la epuri sub piele nitrat de uran în soluţie 5%. Se sacrifică după 4 ore, se recoltează urina, care nu conţine de cât urme de Albumină şi leziune complectă a celulelor tubilor contorţi. Nu este deci nici o legătură între albuminurii şi leziunile tubilor contorţi.

GEORGES ROSENTHAL. — **Bacile bulgare contre méningococque de Weichselbaum.** Se serveşte de un mediu favorabil ambilor microbi: compus din lapte şi hemoglobină—rezultatele au fost: Culturile vii şi moarte de 6 bulgar nu permit creşterea meningocoeului; îndată însă ce se adaugă puţină hemoglobină şi se alcalinizează mediul, se obţine cultura. Insămânţarea mixtă de 6 bulg. şi meningococ dă la început o cultură mixtă; după 24 ore însă meningococul nu mai trăeşte. Conchide la utilitatea gargarismelor cu bulion lactic şi ingerarea de iaurt pentru aseptizarea căilor digestive contra acestui microb.

M. KLIPPEL et E. CHABRAL.—**Sur la tuberculose expérimentale du pancréas.** In tuberculoza experimentală la cobai degenerescentă cascoasă a insulelor lui Langerhans este foarte rară. In mod constant însă, ori-care ar fi virulenţa bac. Koch în modul de inoculare (calea), *reacţiunea tramei conjunctivo-vasculară a pancreasului este leziunea de căpetenie.* Când există leziuni degenerative parenhimatoase, sunt limitate exclusiv la ganglionii intralobulari.

P. ABRAMI, CH. RICHET FILS et SAINT GIRONS. — **Pancréatites hématogènes. De l'élimination des microbes par les canaux pancréatiques.** Cercetările experimentale făcute cu o serie întreagă de microbi dovedesc încă odată origina descendentă a infecţiunilor pancreasului pentru bacteridia cărbunoasă, Friedländer, stafilacoc, Eberth, piocianic, dizenteric în injecţiuni intravenoase.

Pe lângă infecţiune sanguină, autorii demonstră chiar că există o eliminare excretorie a acestor microbi, făcând culturi cu ajutorul unei canule, introdusă aseptic în canalul Wirsurg.

M. CIUCĂ.

Bacteriologic

L. LACOMBE. — **La recherche rapide du Coli-Bacille dans les eaux de boisson par la méthode du neutral-roth combinée à celle d'Eigkmann.** *(J. de Physiologie* et *de Path. Générale*, 15 Ian. 1910, No. 1). Autorul n'are pretenţia să fi examinat toate speciile de coli şi nici nu ne spune ca metoda lui e de o preciziune ideală. Ne-o dă numai ca o metodă foarte bună şi mai ales foarte practică de făcut asemenea cercetări.

a) Soluţia de neutral-roth e saturată la căldură, filtrată, sterilizată şi lăsată să se răcească. *b)* Bulionul e acelaş: apa 100, peptonă de Witte 100, glucoză 100 şi Nacl 50 gr.

Amestecul de a şi b se face puţin timp înainte de întrebuinţare, 15 cm.^{3} de b şi X picături de a, sunt puse în tuburi de fermentaţie Eigkmann, la care se adaugă cantităţi variabile de apă de analisat amestecată cu apă sterilizată pentru a avea un volum întotdeauna constant de 100 cm^3. Amestecul de apă de analisat şi apa sterilizată nu-i practic să se facă în flacoane separate şi gradate la 100.

Odată tuburile Eigkmann umplute să pun la etuva 45—46° şi să lasă 24 de ore. După acest interval de timp se observa în cazurile pozitive o fluorescenţă şi formaţiune de gaz care denotă prezenţa Bac. Coli.

Reacţiunea aceasta e foarte sensibilă şi dacă toţi Bac. Coli n'ar fi recunoscuţi prin această metodă, cel puţin trebueşte admis după acest autor că toţi microbii care dau reacţiune pozitivă, sunt atât de apropiaţi de bacili coli, încât prezenţa lor în apă indică cu siguranţă, o contaminare de origină fecală. LAIU.

DE BEURMAN, GOUGEROT, BITH et HENYER. — **Forme nouvelle de sporotrichose. Sporotrichose a grands abcès froids multiples** *(soc. médic. des hôpitax de Paris* 21 Oct. 1910 *Présentation du malade).* Sporotrichosele cu mari abcese multiple sunt cu totul excepţionale. In 1906 Dor a studiat o formă de sporotrichosă cu mari abscese multiple conţinând până la 500 gr. de puroi; infecţia era datorită la *Sporotrichum Dori,* o speţă foarte diferită de Sp. Schenckii şi Sp. Beurmani. Cazul adus de autori este foarte interesant fiind un exemplu de o formă nouă de sporotrichosă a lui Beurmann: *formă cu mari abcese reci multiple,* şi pentru că arată, că unele periostite sporotrichosice ale falangelor poate să semene perfect cu *spina ventosă* tuberculoasă. Ete interesant pentru că a dat ocazie la controale şi cercetări parazitologice; în sfârşit e interesant şi din punct de vedere terapeutic, căci au văzut rezutate foarte apreciabile în tratamentul local, cu arsenic, când iodul nu mai dădea aproape nimic.

Alte două observaţii aduse de autori arată încă odată cât de frecquentă este în realitate sporotrichosa, precum şi câte-va localisari rare ale acestei afectiuni, în *pielea craniului* şi în *regiunea cervico-faeială.*

BALZER et BURNIER.—**Un cas de sporotrichose gommeuse avec localisation synoviale et articulaire.** *(Soc. médic. des hôpitorcsc de Paris, 21 Oct. 910).* Cazul simula în mod absolut tuberculoza. Tratamentul iodurat a dat o ameliorare repede şi caracteristică.

MECIDES GODOY. — **Ueber die Vermehrung der Bakterien in den Culturen (Munorias de Instituts Oswaldo Cruz Rio de Janeiro.** (*Bulletin de l. Inst. Pasteur* No. 18 Septembrie 1910). Experienţele s'au făcut cu bacilul tific cultivat în bulion. Numărarea germenilor se făcea cu ajutorul culturilor pe bulion gelozat. Toate precauţiunile erau luate pentru a asigura tuturor probelor condiţiuni de desvoltare identice. Din momentul însămânţirei bacteriilor în tubi de bulion la 27°, se adăoga geloză la un tub la fiecare sfert de oră şi se răsturna în cutii Petri. Autorul crede că trebue să reprezinte creşterea numărului germenilor printr'o lege logaritmică la fel cu aceia a reacţiunilor monomoleculare. In realitate, curba destul de regulată obţinută prin experienţă coincide destul de rău curbei teoretice, calculată de autori şi divergenţa devine cu totul considerabilă după 90 de minute.

M. MĂCIUCESCU.

Patologie internă

CH. GARIN et CH. LAURENT. — **La reaction de Wassermann.** *Journal de Physiologie et de Pathologie générale.* Reacţiunea lui Wassermann intrând în domeniul clinicei s'a căutat cât mai mult această reacţiune în diferite faze ale sifilisului, cât şi în diverse alte maladii. Autorii fac o scurtă revistă a reacţiei Wassermann.

In afară de sifilis reacţia lui Wassermann a fost pozitivă în lepră, scarlatină, maladia somnului, etc.

In sifilis reacţia Wassermann după părerile celor mai mulţi cercetătorii (Citron, Ledermann, Fischer, Hoffmann), nu apare înainte de 4 săptămâni; după alţii, de şi în număr mai mic apare chiar de la ivirea şancrului. Fischer pe un număr de 176 cazuri, studiază constant data apariţiei reacţiei şi constată: de la 5-a—6-a săptămână 25.5% cazuri pozitive; dela a 7-a—8-a săptămână 72% pozitive; dela a 9-a—10-a 85% cazuri pozitive. Unii cercetători constata dispariţia între a 12—13-a săptămână.

Sau observat la începutul fazei secundare reacţii pozitive subt influenţa tratamentului şi cu manifestaţii intense. Tratamentul totuşi are influenţa asupra reacţiei; benignitatea cazurilor nu se poate deduce după reacţia Wassermann, pozitivă sau negativă.

In sifilisul secundar. Bruck şi Stern găsesc 79% cazuri pozitive, Fischer 91%, Gross 77%. In privinţa pronosticului s'au observat cazuri cu manifestaţiuni cutanate, cu reacţiunea Wassermann pozitivă, mai înainte fiind negativă. Tratamentul fiind aplicat, foarte multe cazuri cu reacţia pozitivă devin negative pentru mai mult timp. E discuţiune mare însă când e vorba de a se pronunţa relativ la benignitatea mai mare sau mai mică a cazurilor cu reacţia pozitivă.

Hoffmann şi Blumenthal constata 88% pozitive, Bruck şi Stern 66%, Fischer 86%, Lederman 96%, Gross şi Volk 76%, iar autorii articolului de faţă 88%.

In faza terţiară tratamentul nu are nici influenţă asupra reacţiei lui Wassermann. In 13%—18% se observă o influenţă a tratamentului.

In sifilis latent precoce înţelegându-se prin acest sifilis, când în timp de 4 ani nu a apărut nici o manifestaţie la persoană sifilitică.

Blaschko a găsit 43% cazuri pozitive Behring 48%, Bruck şi Stern 50%, Citron 80%— ; Fleischmann 52%, Lederman 7.8%, Gross şi Volk 30%.

Subt influenţa tratamentului cam 33% din cazuri pot deveni negative.

In sifilis latent tardiv, procentul e următor: după Blascko 57% pozitive, Bruck şi Stern 50%, Bruhns şi Halberstaedter 28%, Citron şi Blascko 60%, Fischer 53%, Fischer observă că tratamentul n'are influenţa asupra reacţiei. In sifilis latent reactiv în mediu, e pozitivă 55%, pe când un cel în evoluţie 80%.

In Serul Heredo-sifilis. S'au observat la heredo sifilitic, reacţia Wassermann foarte des pozitivă, mai mult în caz de sifilis moştenit de la tată, când mama se credea neatinsă de sifilis, avea totuşi reacţia Wassermann pozitivă; de asemenea la copii care erau născuţi din mame sifilitice, şi ei nu prezentau nimic, s'a găsit reacţia lui Wassermann pozitivă.

Serul cadavrelor de asemeni pot da reactia lui Wassermann pozitivă. In tabes, Paralizie generală, aortite, dilataţie a bronşiilor s'au găsit reacţia pozitive; In tabes şi paralizie generale s'au observat mai frecvent reactiv pozitive cu lichidul cefalorachidian de cât cu serul bolnavilor.

Acest fapt face să ne gândim şi la o leziune locală, sifilitica în aceste afecţiuni.

N. L.

BARDACHZI und KLAUSNER. — **Ein Beitrag zur Wirkungsrveise des Ehrlichs-Hataschen Arsen präparets** (*Wiener Klinische Wackenschrift*, No. 44, 3 Noembrie 1910, p. 1554). Cercetările făcute asupra sângelui bolnavilor trataţi cu 606 arată o oscilaţiune însemnată a numărului globulelor roşii mai ales, *ceeace de-*

monstră încă odată acţiunea arsenicului asupra organelor hemato-poetice. In 6 din 7 cazuri numărul globulilor roşii să măreşte aproape cu 1 milion, maximul fiind atins în a III-a zi. Paralel cu mărirea numărului, autorii au constatat o însemnată creştere a valorei globulare, care oscila între 60—115 %. In toate cazurile, afară de unul unde urobilina să găsia înainte de injecţie, proba existenţei sale era foarte evidentă (proba cu amil-alcohol şi soluţie amoniacală de clorur de zinc). Numărul leucocitelor creşte de asemenea; în unele cazuri era dublu chiar 24 ore după injecţie.

M. CIUCĂ.

M. R. LECLER. — **De la méningite tuberculeuse chez l'adulte.** *Cmmunication à la Société médicale des hôpiteaux de Paris 21 oct. 1910.* Două observaţii interesante, fiecare din punctul său de vedere; un bolnav care prezintă la vârsta de 14 ani o tuberculoză supurată a genunchiului. Treizeci şi şapte de ani după aceea, în urma unui surmenaj, tuberculoza se redeşteaptă la el sub forma unei manifestaţii poliarticulare, şi a paisprezecea zi a evoluţiei sale articulare, se termină, în 36 ore, prin accidente meningee. Această meningită supra-acută s'a manifestat prin semne foarte atenuate: *modificare a caracterului, ptosis dublu, obnubilaţie şi torpoare a inteligenţei,* şi în cele şase ceasuri din urmă, *acceleraţie a pulsului, respiraţie cerebrală tip Küsssmaul.*

II. In al doilea caz e vorba de o infecţie tuberculoază constând într'un prim stadiu de turburări gastrice timp de 11 zile şi o meningită tipică care a evaluat în n 7 zile la o femee de 30 ani, fără nimic în antecedente. Este desigur vorba în acest caz de o bacilemie primitivă, cu turburări gastrice, absolut apiretică şi fără albuminurie, premonitoare manifestaţiuni clinice meningee. Cu ocazia acestei observaţii autorul mai atrage atenţia şi asupra [faptului că *strigătul hydrencefalic* — absolut tragic la bolnava în chestiune — n'ar mai trebui poate considerat după Trousseau ca un fenomen automatic şi inconştient, fără nici un raport cu elementul durere. Interpretaţia aceasta ar fi prea exclusivă. Rezultatul terapeutic evident şi constant obţinut de autor în cazul de faţă prin injecţii de morfină îi dă tot dreptul şi conchide că: *strigătele hydrencefalice sunt expresiunea durerei meningeane*

LAUBRY et FOY. — **Syndrome méningé avec polynucléose rachidienne d'origine indéterminée.** *(Soc. méd. des hôpitaux de Paris 21 oct. 1910).*

LAUBRY dt PARVU. — **Syndrom méningé avec lymphocytose rachidienne d'origine indétérminée.** *(Soc. medic, des hôpitaux de Paris 21 oct. 1910)*

RIST et ROLLAND. — **Méningite, bénigne d'allure épidémique.** *(Soc médic. des hôpitaux de Paris 21 oct. 1910).* Comunicarea a o serie de observăţii de fapte bine studiate, de un interes cu totul deosebit, a unor aşa zise *stări meningee* (Widal) pe care nici etiologia, nici mersul clinic, nici examenele citologice ale lichidului cefalo rachidian, nu le puteau clasa în grupul meningitei cerebro spinale epidemice sau al celei tuberculoase. E de remarcat că în toate cazurile bolnavii s'au vindecat pe deplin, deşi manifestaţiile meningee erau din cele mai caracteristice şi grave. In discuţiile foarte importante ce urmează, Netter susţine c'ar fi vorba în aceste cazuri, de o formă automată, o localizare benignă a virusului poliomielită acute epidemice, inoculabil la maimuţă, proba ce nu s'a făcut la nici unu din cazurile de care e vorba. Sicard, à-propos de examenele citologice, atrage atenţia asupra *meningitei serice*, expresie a unei reacţii meningee destul de însemnată chiar în urma unei cantităţi minime de ser injectat. In sfârşit Widal crede că, deocamdată cel puţin, trebue menţinută expresia de *„stări meningee“* care nu prejudecă nimic întrucât priveşte patogenia şi natura leziunilor meningeale sau sub-meningeale ale lor.

PROF. K. PETREN. — **Quelques observations sur le traêtement de la Sciatique et du morbus coxae senilis.** *Revue de médecine Septembre 1910.* Autorul redă observaţiuni personale, în ceeace priveşte tratamentul cât şi diagnosticul diferenţial al acestor două maladii; în privinţa tratamentului sciaticei spune că este mulţumit de rezultatul pe care îl are în clinica sa în urma mijloacelor terapeutice pe care le întrebuinţează şi anume: repaus absolut, primele două săptămâni medicaţie cu aspirină, ajungând şi până la 6 gr. pe zi, băi calde cât şi comprese călduţe pe membru; masajul membrului cu sciatica cât mai curând; numai în caz, când sciatica e foarte acută, se amână pentru câteva zile masajul.

După masaj, elongaţia nervului, care se face, flexind coapsa pe abdomen, gamba fiind în extensie pe coapsă. Elongaţia nu poate să provoace dureri mari. Autorul declară că nu poate să-şi dea părerea asupra vechiului tratament cu revulsiuni, nici asupra celui nou ca: injecţii de aer sterilizat ser fiziologic, de oarece nu le-a întrebuinţat. Pe un număr de 50 cazuri, a avut 37 vindecaţi 13 amelioraţi.

Pentru autor toate sciaticele numite cronice sunt sau confundate cu morbus coxae sendilis, sau sunt sciatice cu recidive.

Stempel un clinician german relatează faptul că din 58 cazuri dn morbus coxae semlis 4 erau trimise cu diagnosticul exact, 17 cu diagnosticul de sciatică. Sciatice cronice mai sunt şi în cazul de compresiune a unei tumorii pe sciatic.

Se impune prin urmare un diagnostic diferenţial între morbus coxae senilis şi sciatică. In morbus coxae senilis mişcările de flexiune ale coapsei, cele de aducţiune şi rotaţie internă sunt diminuate sau chiar complect dispărute. Durerea pe care o simte bolnavul e la începutul mersului: durerea e mai mare când mersul e pe un pământ neregulat, sgrunţuros.

Evoluţia maladiei e totdeauna progresivă. In sciatică mişcările articulaţiei coxofemorale nu sunt influenţate; semnul lui Lasségue-Kernig este net — în plus există punctele duresoase pe traectul nervului sciatic; sunt totuşi sciatice, — asupra existenţei cărora atrage atenţia autorul, care nu prezintă punctele dureroate ale lui Valeix afară de punctul fesier mijlociu. Se presupune în acest caz că ar fi atins de inflamaţie numai porţiunea intrapelviană a sciaticului. In acest caz semnul lui Lasségue-Kernig este existent. Pentru tratamentul maladiei morbus coxae senilis autorul dă ca mijloace eficace mişcările continue, pasive ale articulaţiunei coxo-fomorale; e permis ca prin mişcare să se producă durere, totuşi nu mare. Prin tratamentul acesta, s'au observat ameliorări în articulaţie, nu şi vindicări; maladia progresează de obiceiu, ambele articulaţii coxofemorele sunt prinse. Autorul redă un număr de observaţiuni, în care arată combinaţia acestor afecţiuni uneori cât şi rezultate terapeutice în urma aplicărei mijloacelor, care s'au arătat.

N. L.

BERTIN et GAYET. — **Syphilis héréditaire et Réaction de Wassermann.** *Revue de médecine* Septembre : s'a căutat să se vadă întru cât reacția lui Wasserman este un ajutor în diagnosticarea siphilisului hereditar și s'a văzut că la heredosifilitici cu stigmate și manifestații nete e pozitivă —; Interesul clinic nu e totuși în aceste cazuri; Sunt o mare parte de indivizi cu oprire în dezvoltarea fizicului lor, cu infirmități psihice la acăror determinare ar fi un sfilis moștenit totuși neevidențiat nici prin stigmate, nici prin manifestații. In aceste cazuri autorii au făcut reacția lui Wasserman, și rezultatul fu pozitiv.

La indivizi idioți, imbecili, cu lipsă de dezvoltare a fizicului, cu atrofii ale organelor genitale reacția Wasserman fu pozitivă. In diferite cazuri de afecțiuni spasmoparalitice ca epilepsia cu hemiplegia infantilă reacția Wasserman fu de asemenea pozitivă. In strictura mitrală, în cazuri de surdimutitate, Wasserman iarăși fu pozitiv. In aceste cazuri enumărate mai sus, exista și puține distrofii dentare semne de degenerare nu însă stigmate, și manifestații sifilitice; sunt alți indivizi epileptici de pildă în determnisul afecțiunei lor ar putea tot așa de bine să stea alcoolismul tuberculoza, și făcându-se Wasserman rezultatul fu pozitiv.

Concluzia autorilor e următoarea:

Dacă heredosifilisul e evident de multe ori prin stigmatele și manifestațiile nete de heredosifilis, de cele mai multe ori el nu e manifestat de cât prin diferite infirmități fizice și psihice necaracteristice numai sfilisului și la examinarea sângelui lor reacția lui Wasserman este pozitivă și cu drept cuvânt autorii, arată cât de mare preț are această reacție în asemenea cazuri. **N. L.**

SALMON. — **Le sommeil pathologique.** — *Revne médiciue.* Face deosebirea între somn, somnolență și somnul patologic sau hipersomnie. Somnolența nu-i de cât tendința la somn; indivizii se trezesc la cel mai mic sgomot, ei sufer chiar de insomnie.

Somnul nefiind decât o activitate reflexă pusă sub influența centrelor corticale, se întâmplă uneori, ca aceștia din urmă să nu mai aibă puterea inhibitorii asupra acestui reflex; comparația s'ar putea face cu incontinența de urină la copii.

In general bătrânii sufăr de această „incontenență a somnului“.

Hipersomnia nu e decât o exagerare a funciiei hipnice normale a somnului.

Somnul după unii autori ca: Dubois, Oberstemer etc., ar rezulta din influența pe care ar avea-o metabolismului celular al organismului asupra centrilor nervoși deci n'ar fi decât un fenomen toxic. Oboseala nu e decât o intoxicație și se știe legătura ce există între somn și oboseală. Alții resping această teorie toxică și contra-argumentează în felul următor: „Dacă toxinele influențează, pentru ce de la o vreme nu se produc leziuni? 2) De se întâmplă într'un somn profund o persoană, pentru ce dacă e scoli, persoana e foarte lucidă, unde sunt toxinele? 3) Se întâmplă uneori ca printr'un puternic stimul psihic se oprește somnul, acest fapt prin teoria toxinelor nu se explică.

Mai mult încă nu există un paralelism între oboseală și somn; se poate ca cineva să fie obosit și să nu aibă somn și să aibă somn fără să fie obosit. In timpul somnului se formează substanța cromatofilă, care e foarte sensibilă în prezența toxinelor; pe urmă neurofibrilele substanța activității psihice nu ar mai exista în prezența toxinelor; a doua zi persoana ar trebui să fie obosită.

Intre procesul toxic şi trofic prin urmare e nevoe de un intermediar ca să se poată petrece aceste procese. Acel rol de intermediar se atribue glandelor cu secreţie internă: hipofiza, tiroidul, plexurile choroide. Pe deoparte aceste glanda prin secreţia lor ar anihila toxinele organismului şi pe de altă parte ar fi substanţele determinante pentru nutriţia celulelor nervoase. Dacă aceste glande sunt în hipofuncţiune toxinele ar ataca direct celula nervoasă şi prin această irritaţie s'ar produce mai multă subst. cromatofilă, deci hipersomnie.

Dacă toxinele ar fi în cantitate f. mare, după producerea subst. cromofile ar urma cromatoliză; deci insomnia.

Dacă toxinele sunt în cantitate mare, glandele de şi sùnt în starea normală, totuşi poate să urmeze o hipersomnie prin producerea substanţei cromatofile în urma iritaţilor produse de toxină.

S'a observat hipersomnie în urma tiroidectomii, şi îndepărtată prin tratament tiroidian. S'au observat *hipersomnie în insuficienţa sau perturbaţia glandelor genitale*. De asemenea în intoxicaţia *gastrică, intestinală, renală, hepatică*.

In *influenţă*, în *perioada convalescenţei*, în *sifilis cerebral*, se obseevă iarăşi hipersomnie, explicând'o prin atingerea *hipofizei*. Mosso explica hipersomnia în *mal de montagne* prin congestie pasivă, micimea cantitaţivă a sângelui arterial, deci mai multe toxine.

Civalleri în maladii nasale ca vegetaţii adenoide explică hipersomnia prin atingerea unei glande de pe faringe, asemănătoare ca proprietăţi hipofizei şi prin intermediarul acesteia s'ar atinge şi hipofiza.

N. L.

M. KRAUSE (Bonn). — **Asupra epidemiei de paralysie infantilă acută în Provincia Renană şi în Westfalia.** *(Congresul german de med. internă*, Wiesbaden, 1910. Autorul a observat 1308 cazuri, din cari 141 morţi.

Descrie trei perioade:

1. *Perioadă de reacţiune generală* cu febră intermitentă, transpiraţia abundentă şi sensibilitate exagerată dealungul coloanei vertebrale. Turburări intestinale.
2. *Perioadă de paralisie*, mai întâi generalizată, care se localizează însă încetul cu încetul. Moartea survine în 10—20% din cazuri prin turburări respiratorii. Uneori forme Landry.
3. *Perioadă de remisiune* a simptomelor morbide.

Forma bulbară este cea mai gravă; se manifestă prin paralizie facială.

A observat în două cazuri numai recidive.

In timpul acestei epidemii autorul a observat o epidemie între găini.

S'a observat deasemenea boala de iepuri.

Neiser (Frankfurt a/M) crede că, în ce priveşte experimentaţiile pe iepure trebue să fim foarte prudenţi, de oarece există o boală spontanee la aceste animale care seamănă perfect cu cea transmisă prin virusul de poliomielită.

DANIELOPOLU

O. TOSSI. — **Asupra leucocytelor cu granul. sudanofile.** *Policlinico, Sez. Med.*, 1908, H. Leucocyţii cu granul-grase au fost descrişi pentru prima dată de Cesarius-Demel, care le-a colorat prin procedeul său cu brillant-kresylblau şi Sudan III.

Autorul conchide:

1. Leucocyţii cu granul sudanofil. nu există numai în procesele supurative. In acestea din urmă însă prezenţa lor este aproape constantă.

2. Rămâne însă chestiunea nerezolvată, dacă aceste elemente iau naştere în circulaţii sau în focarul de supuraţie. DANIELOPOLU

G. SCHIFONE. — **Asupra valorei clinice a granul-grase din leucociţi.** Granulaţiile grase pot proveni, fie dintr'o degenerescenţă celulară, fie printr'un proces de fagocitoză.

Se găsesc în sânge, în supuraţii, toxemii sau chiar, mai rari însă, în afară de aceşti doi factori.

In supuraţii leucociţii sudanofili trebue să fie consideraţi, parte ca degeneraţi, parte ca fagocitanţi. In toxemie sunt consideraţi ca leucociţi degeneraţi.

Sunt formaţi, fie în focarul de inflamatie, fie în circulaţie. DANIELOPOLU

W. MESTREZAT. — **Analyse du liquide céphalo-rachidien dans la méningite méningococcique** *Revue de Méd.*, No. 3—1510. Intr'o lucrare anterioară („Rev. Neurologique“, 30 Iunie 1909) autorul a studiat compoziţia chimică a liquidului c—r în meningita tbc.

In meningita meningococică există o formulă specială, care pentru autor este caracteristică, atât din punctul de vedere diagnostic cât şi din cel pronostic.

1. *Albumina* este în mare cantitate (3—15 grame la litru), mai mare decât în meningita tbc. (1—2 gr.) şi decât în lichidul cefalo-rachidian normal (0,13).

2. *Glucosa* este diminuată (0,15—0,25) faţă de cantitatea de această substanţă în lichidul normal (0,53).

3. *Extractul* este mult crescut (în general superior cifrei 13), faţă de lichidul în men. tbc. (10,50 gr.) şi normal (10 gr.)

4. *Permeabilitatea la nitraţi* este notabilă. Dosarea acestor substanţe are valoare pronostică, de oarece la finele unei meningite care se vindecă albumina scade (0,13 într'un caz) în glucoză revine la starea normală 0,53), sau chiar întrece acest punct (0,62). DANIELOPOLU

RENÉ RERICHE. — **Etude clinique sur le cancer du corps du pancréas,** *Lyon ehirurgical Septembre 1910.* Autorul începe acest interesant memoriu, prin a arăta că raritatea acestei afecţiuni se datoreşte numai lipsei de atenţie, dar că, în realitate ea este mult mai frequentă de cât se crede. El citează statistica lui Biach care pe 73 cazuri, a găsit de 13 ori cancerul corpului pancreasului; Bold pe 53 cazuri l'a întâlnit de 29 ori, etc. Leriche afirmă că multe din cancerele capului pancreasului sunt secundare — prin extensiunea de la unul primitiv al corpului. El dă apoi 5 observaţinni personale, trimeţând pe lector, pentru alte detalii în teza lui Charette.

Acest cancer se prezintă ca o ţumoră dură, boselată, proeminând pe faţa anterioară a pancreasului; fiind înaintea aortei, împărtăşeşte bătăile acestea; ocupând zona celiacă explică sindromul dureros al nevralgiei celiace a lui Friedreich care e cu atât mai precoce şi intensă când tumora ocupă faţa posterioară şi care poate din contră lipsi când tumora naşte pe faţa anterioară a pancreasului. Când ocupă mica curbură, tumora destinde foile epiplonului gastrohepatic şi apare uşor la palpaţie; ea se ascunde sub stomac, când acesta are o situaţie mai sus. Ganglionii limfatici ai lanţului splenic şi cei mezenterici se prind foarte repede iar cei retrocefalici mai târziu. Tumora poate evolua către capul pancreasului dând sindromul tip al lui Bard şi Pic, cu icter, sau progresează către coada organului, urmând o evoluţie lentă, fără icter şi fără alte turburări de cât dureri şi slăbiciune. Antecedentele nu au aproape nici o importanţă. Maladia debutează prin dureri, al căror caracter a fost perfect descris de Chauffard, şi pe care Dieulafoy le etichetează „drama pancreatică“. Aceste dureri se explică prin lesiunea plexului solar. De foarte multe ori, boala începe prin turburări gastrice: inapetenţa, desgust de grăsime, indigestii, vărsături de ordinar gleroase (eau du cancer), şi chiar hematemesă şi melenă. In sfârşit în a 3-a categorie de cazuri, boala începe prin astenie şi cahexie progresivă (ex. cazul tipic al lui Devic-Bériel). Perioada de stare e constituită prin accentuarea şi gruparea simptomelor descrise, în care se adaugă apariţia tumorei, cu oare care tensiune abdominală, dureri supra-ombilicale şi dorsale violente, rar indolenţă absolută. Un oare care grad de eretism cardiac asociat la aceasta face uşoară confusie cu un anevrism (Boldt, Körte, Poncet) şi Pic şi Tolot au isolat chiar forma pseudo-anevrismală a cancerului corpului pancreasului Leriche n'a găsit nici albuminuria nici glycosuria asupra căreia insistă Lancereaux. Perioda terminală este diferită după localizarea şi evoluţia tumorei (cefalică sau caudală).

Diagnosticul posibil, se va baza pe caracterul durerilor, care sunt puţin asemănătoare cu ale ulcerului gastric dar foarte analoge cu al crizelor tabetice; pe caracterele tumorei, care trebue deosebită de acele ale stomacului şi de anevrismele aortei. Diagnosticul între o inflamaţie cronică, tuberculosa sau alta şi cancer, nu se poate face şi Leriche dă 2 observaţiuni în care pancreatita cronică a fost luată drept cancer al pancreasului (chiar după laparotomie) iar bolnavii s'au vindecat. Tratamentele medicale n'au nici un efect. Se dă morfină sau pantopon ca sedative. Intervenţia chirurgicală (laparotomia), cum zice Chauffard, se poate şi trebue să se facă pentru motivele că: Precizează diagnosticul şi poate cele mai adesea fixa prognosticul;—simpla laparatomie este un sedativ imediat şi suprimă pentru mult timp durerile; când cancerul are o evoluţie cefalică se poate face o anastomosă cholecysto-intestinală pentru a preveni icterul. Chholecysto-gastrostomia lui Jaboulay, zice autorul, poate fi foarte satisfăcătoare; în cazuri de turburări gastrice, o gastroenteroanastomosă poate aduce servicii. In sfârşit chiar ablaţiunea se poate spera. Este lucru hazardat o pancreatectomie cefalică, dar nu este imposibilă ablaţiunea nucleului o rezecţie mediană a pancreasului, căci cazuri de acestea urmate de succes sunt citate (Villar, Ruggi, Briggs, Biondi, Malthe, Scudler). Calea de preferat e cea gastro-colică, ridicând stomacul în sus şi începând liberarea de la coada organului. Hemostasa bontului cervical e posibilă dacă se exteriorisează bine. In ce priveşte dificultatea conservărei vaselor splenice, Körte, afirmă că vasele scurte gastro-splenice sunt suficiente ca să'i asigure nutriţia. In ce priveşte tranşa pancreatică caudală, după rezecţie, Tuffier a propus să fie izolată în comprese şi apoi vîrâtă într'o manşetă peritoneală. Leriche propune să se acopere cu un lambou seros, după ce s'a cauterisat şi legat canalele; Coffey propune să'i se creeze o manşetă seroasă din două anse intestinale şi în acest scop a şi imaginat un procedeu de pancréato-enterostomic.

G.

H. VAQUEZ. — **Pathogénie de la tahycardie paroxystique. Étude historique et critique.** *Arch. des Mal. du coeur, Nov. 1909.* După ultimele cercetări asupra boalei lui Bouveret, trahycardia paroxistică esențială, trebue să introducem în acest capitol și multe cazuri de tachicardie paroxistică însoțind o leziune cardiacă. Este rațional deci de a încorpora toate aceste cazuri sub numele de tachicardie paroxistică.

Memoriul lui Hoffmann din 1900 este primul studiu recent mai complect. Acest autor a desmințit formal că este ilogic a adăoga cuvântul de esențial la tahicardia paroxistică.

Care este patogenia acestei afecțiuni?

Prima teorie, emisă dela început de Bouveret, este cea nervoasă. Tachicardia paroxistică ar fi o boală a sistemului moderator al cordului, iar în cazul în care nu se găsește nici o leziune a centrului sau trunchiului pnemogastricului, ea trebue considerată ca o *nevrosă a acestui nerv.*

Nu exiztă însă nici o observațiune demonstrativă. Observațiunea lui Schlesinger, singură de luat în considerație după Vaquez, aduce mai mult argumente contrarii acestei teorii. La un bolnav cu leziune mitrală și aortică, mort în urma a numeroase accese de tachicardie paroxistică, s'a găsit nervul pnemogastric drept înglobat într'o masă ganglionară și profund alterat. Totuși în timpul vieței, compresiunea nervului drept oprea accesul de tachicardie, pe când aceea a nervului stâng nu producea nici o modificare.

Acest fapt demonstră că pneumogastricul drept, departe de a fi paralizat, era mai excitabil decât cel stâng. Schlesinger de altminteri, nu susține cât de puțin că această leziune pneumogastrică a provocat accesele de tachicardie.

Datele fisiologice ne arată de altăparte că o secțiune a pneumogastricului provoacă o ameliorare cu 2 caractere principale î

1) nu întrece numărul de 130—140, pe când în timpul acceselor de tachicardie paroxistică numărul pulsațiilor poate trece peste 200.

2) Este transitorie.

Aceleași fapte sunt demonstrate și de chirurgi, cari în cazul unei operațiuni asupra gâtului au secționat pneumogastricul (Kappler după secționare a observat că pulsul se ridică la 120, pentru a reveni nouă zile mai târziu la 88).

In ce privește alterațiunile permanente ale pneumogastricului, acestea dau o tachicardie permanentă, dar nu întrece nici odată cifra de 150, Martius are 23 de cazuri de alterațiuni ale pneumogastricului, toate cu *tachicardită permanentă dar moderată.*

Trebue să admitem deci că o tachicardiă permanentă și moderată poate fi rezultatul unei leziuni pneumogastrice, dar că este nevoe de altă leziune, singură sau asociată cu aceea a pneumogastricului, pentru a explica accesele de tachicardiă paroxistică.

In ce privește *leziunile simpaticului*, nu s'ar putea admite ca ele fiind cauza trachicardiei, decât în teorie, faptele anatomo-clinice lipsind complect.

Ce trebue să gândim de *teoria nervoasă centrală?* Sunt numeroase observațiuni de trachicardie paroxistică, cu leziuni centrale ale creerului sau măduvei prelungite. De asemenea în cursul tabesului s'a observat accese de trachicardie paroxistică. Toate aceste cazuri însă nu sunt destul de demonstrative și nu putem conchide decât că aceste leziuni nervoase centrale au putut pune în mişcare tachicardia paroxistică, prin intermediul unui alt element patogenia directă, *leziunea miocardică*.

In ce priveşte hipoteza lui Nothnagel şi Talamon cari făceau o apropiere între tachicardia esenţială, Vaquez crede că dacă este adevărat că în cursul sau la finele anului de tachicardie pot apare convulsiuni epileptiforme, nu putem susţine că există o relaţiune strânsă între epilepsie şi tachicardie. Accesele epileptiforme în cursul tachicardiei sunt pur simptomatice.

Teoria lui Debove în fine (1890), după care tachicardia paroxistică ar fi o nevroză bulbară, nu are nici un argument ştiinţific de valoare.

⁂

Mult timp s'a considerat tachicardie paroxistică numai aceea care nu era însoţită de nici o leziune cardiacă şi că ori-ce om de tachicardie în cursul unei leziuni cardiace un poate fi asimilat tachicardiei paroxistice. Nimic nu este mai inexact, zice Vaquez şi toţi cercetătorii moderni cari au studiat acest sindrom.

Accesele de trachicardie paroxistică pot veni în cursul unei leziuni mitrale sau aortice, şi sunt mult mai frequente decât s'a considerat până aci.

In cursul unei leziuni cardiace, ori-ce factor care modifică în mod brusc fie lucrul cardiac, fie debitul de sânge, poate provoca afecţiunea pe aure de tachiaritmie, cu caracterul de extra-sistolă. Debutul ca şi finele aurului sunt brusce. După graficele publicate în ultimul timp nu se poate face o deosibire netă între acest aura compus din câte-va contracţiuni accelerate şi neregulat şi accesele de tachicardie paroxistică considerată atâta timp ca esenţială. *Datele clasice şi experimentale au demonstrat pe deplin că accesele de tachicardie paroxistică, foarte frequente în cursul leziunilor cardiace, nu sunt altaceva decât „expresiunea crizelor acumulote de extrasistole“.*

In faţa tutulor ipotezelor expuse până aci, nevrosă centrală şi nevrosă gastrică, nevroza centrală sau pneumogastrică, se ridică o nouă teorie, singura demonstrată prin argumente ştiinţifice, *teorie cardiacă a trachicardiei paroxistică aşa zise esenţiale.*

Probe experimentale Lohman a arătat că excitaţiuni fasciculului lui His provoacă o accelerare internă a cordului cu ritm auriculo-ventricular.

Tigersteld şi Engelmann, de altă parte arată că excitaţiunea primului cardiac la broască dublează numărul contracţiunilor cordului sub formă de aure cari vin şi se termin brusc.

Hofman însă care a susţinut teoria bulbară a t. p. utilizează această experienţă ca argument al teoriei sale. Drumul venos, zice acest autor, care este sustras perioadei refractare, şi deci în excitabilitate permanentă. ar primi mult mai multe stimule decât este a inţege. Puţine deci din incitaţiunile primite excită sânul. S'ar putea însă în stare patologică ca excitabiltatea să fie mărită, astfel încât mai multe imitaţiuni primite să fie utilizate. Ar rezulta în acest caz o ameliorare mărită a cordului. Această excitabilitate exagerată ar fi însă rezultatul unei acţiuni nervoase asupra cordului după Hoffmann.

Experienţa lui Leuvi este mai demonstrantă. Acest autor a putut reproduce tachicardia paroxistică prin legătura arterei coronarei în special dreaptă (accese de 140—400 puls. pe minut, format din contracţiuni cardiace în cari cea ventriculară precedă pe cea auriculară cu 0'',15, precedat de o serie de extrasistole ventriculare, auriculare sau nodale şi terminându-se brusc fie prin reapariţiunea sistemului normal fie prin fibulaţiunea auricului), *Aceste fenomene se pot obţine şi după secţiunea pneumogastricală şi simpaticului.*

Această experienţă totuşi nu demonstră decât că accesele de tachicardie paroxistică iau naştere prin influenţa sistemului nervos extra-cardiac, dar nu arată cât de puţin că sistemul nervos intra-cardiac nu ar lua parte la provocarea accesului.

Probele clinice ne dau siguranţa că între tachicardia paroxistică şi extramentală există nu numai simplă analogie dar chiar identitate absolută.

In primul rând accesele de t. p. sunt precedate şi urmate de extra-sistola, une-ori simţite chiar de bolnav.

In urmă, orice factor care dă naştere la extrasistole, poate forma accesele de t. p., ca de exemplu schimbarea de poziţie, eforturile musculare, digestiunile laborioase, emoţiunea, etc.

Evoluţiunea este de asemenea identică. Extra-sistol ca şi accesele de t. p. pot apare la intervale deosebite, chiar de mai mulţi ani, survenind une-ori fără o leziune cardiacă cliniceşte apărută.

Pusă grafic, în fine constatăm în mod evident amestecul de extra-sistolă şi anume de tachicardie paroxistică.

Este incontestabil deci că aurul de t. p. este format pe „un fond de extra-sistole".

Trebuie să deosebim două feluri de t. p.:

1. *tipul nodal* descris de Mackenzie, în care începutul acceselor este reprezintat prin apariţiunea bruscă de ritm nodal însoţit de tachicardie intensă. Ondulaţiunea de pe jugulă dispare. Mackenzie consideră acest tip ca fiind datorit unei excitaţiuni a nodului lui Tawara.

Această formă a fost găsită în urmă de mulţi cercetători, John Hay între primii.

2. *tipul auricular*, demonstrat foarte bine de Covan, Mac Donald, Biuving, Lewis, în care ondulaţiunea e justă şi care este considerată ca rezultând din apariţiunea bruscă de accese de extra-sistole auriculare sau sinusale.

Accesul de tachicardie paroxistică deci este rezultatul excitabilităţei exagerate a uneia dintre regiunile miocardului cari reprezintă resturi din ţesutul cardiac primitiv (orificiul venelor mari, nodul lui Keith şi Flech, o porţiune din avriculnodul lui Tawara, restul fasciei lui His).

Probele anatomopatologice în fine sfârşesc prin a ne convinge că aurul de t. p. este datorit unei leziuni miocardice.

Mackenzie descrie leziuni ale fasciei lui His în cazuri de tachicardie paroxistică. Intr'un caz autorul a observat o oblteraţiune a arterei simţitoare particulare a fasciei lui His, ceeace este o reproducere anatomopatologică a experienţei lui Lewis (legătura arterei coronare).

Vagnef descrie de asemenea într'un caz o leziune iritatoare a fasciei lui His, fibrele sale nefiind distruse dar numai separate prin o infiltraţiune marcată de celulele embrionare.

In fine, cazul lui Mackenzie şi Hoffmann, în care o tachicardie paroxistică s'a transformat după câtva timp în bradicardie proxistică, nu ne poate împiedica să facem raţionamentul următor: în fascia lui His, în timpul în care bolnavul a prezintat aure de t. p. a exercitat o leziune puţin marcată, care n'a făcut decât să excite aceste resturi ale tubului cardiac primitiv, leziune care însă a evoluat, distrugând fibrele musculare, întrerupând astfel conductibilitatea în fascia lui His şi provocând astfel la sfârşit bradicardia paroxistică.

Se pune atunci întrebarea: există tachicardia paroxistică *esenţială?* Cliniceşte vorbind, există cazuri de t. p. fără leziunea cardiei, cliniceşte apreciabilă. In toate aceste cazuri însă este foarte probabil că există o leziune a fasciei lui His. Anatomopatologiceşte vorbind deci, nu ezistă decât *tachicardie paroxistică organică*, adică totdeauna însoţită de o leziune a uneia din regiunile cari reprezintă resturile tnbului cardiac primitiv, însoţită une-ori de o leziune cardiacă, cliniceşte apreciabilă, alte ori putând fi considerată cliniceşte ca esenţială.

DANIELOPOLU

Patologie chirurgicală

A. PONCET et RENÉ LERICHE. — **La maladie de Madelung, ses modalités, sa pathogenie,** *Gazette des Hôpitaux.* Sub numele de subluxaţiune spontanee a pumnului, Madelung a descris în 1878 o relaxare radio-carpiană, care se produce în afară de orice traumatism, cele mai adese în momentul adolescenţei. Mai târziu Duplay arată că incurvaţiunile rachitice ale extremităţei inferioare ale radiului prezintă un aspect clinic foarte asemănător cu acele ale luxaţiei carpiene, iar Delbet apropie faptele şi explică o afecţiune prin alta. In lucrarea de faţă, autorii arată că poate exista o subluxaţie a corpului şi fără curbarea radiului, ci numai prin relaxarea ligamentelor ca la un genu-încurvat. Ei admit, ca boală a lui Madelung, o subluxaţie spontanee şi progresivă a pumnului, care se traduce prin enorma proeminenţă a maleolei cubitale şi deplasarea mâinei înaintea planului antebraţului. Ea recunoaşte: ori o culoare a radiului, ori o laxitate mare a ligamentelor, dar se prezintă tot-d'auna sub acelaşi aspect; adesea examenul clinic nu le poate deosebi şi radiografia se impune. In sprijinul opiniunei lor, Poncet şi Leriche, aduc afirmaţiunile lui Berger-Barthez, Guéry-Kirmisoon, Tripier, Bégin, Guépin, Gasne. In ce priveşte patogenia, se poate invoca: congenitalitatea; traumatismul; rachitismul — care dă şi încurbaţia oaselor, şi lesiunile juxtaepifisare (ramolire) şi relaxarea ligamentelor; toate inflamaţiunile osteo-articulare cunoscute şi printre ele tuberculosa. Deformaţia lui Madelung, este un sindrom care poate fi produs de lesiuni diverse osoase sau ligamentoase. Autorii complectează lucrarea lor prin expunerea detaliată a 3 cazuri însoţite de demonstraţia radiografică.

G.

RENÉ LERICHE. — **A propos de la Pathogénie et du traitement des Hernies, du gros, intestin.** *Presse médicale, 1910.* Incă de la începutul acestui studiu d-l Lerich, arată falşitatea concepţiunei clasice asupra acestor hernii, fiind contrară datelor embriologice şi necorespunzând datelor anatomice, sa admitea, deperitonisarea intestinului, ieşirea afară din seroase, fuga sa în ţesutul celular subperitoneal.

Autorul aminteşte cercetările anatomice ale lui Ancel şi Cavaillon din 1907, apoi redă concluziunile din lucrarea sa anterioară, (Semaine Médicale, 20 mars, 1907). Cecul intraperitoneal nu se poate comporta în patologie ca un viscer extra-peritoneal; pentru a eşi din abdomen, ori-ce viscer intra-peritoneal trebue să împingă naintea lui o foae parietală care îi constitue un sac. Nici cecul nu poate scăpa acestei reguli; nu poate fi vorba de deperitonisare sau de sac incomplect. Procesele de alipire ale cecului modifică relaţiunile peritoneale în cât dau impresia de hernii cu sac incomplect sau fără sac; e vorba de un sac cu fusiunea celor 2 foi viscero-parietale în unele puncte. Cecum flotant crează o hernie cu sac complect-enterocel banal. Cecul acolat, descins într'o hernie prin alunecarea foaei parietale cu care e solidar, dă iluzia de sac incomplect. Cecul cu mezo, conduce la hernia lui Scarpa, cu aderenţă cărnoasă naturală. Cecul cu fosetă, nu poate descinde de cât prin basculă intra-peritoneală; prezentându-se numai cu faţa acolată, pare fără sac, pe când în realitate sacul e complect dar în simfisă totală. Din mecanismul clasic, trebue să reţinem cele trei tipuri de hernie: prin alunecare, prin descindere, prin basculă, specificând că aceste deplasări sunt tot d'auna intra-peritoneală şi că tipul anotomic al cecului este acela care determină modalitatea producerei herniei.

„Cecul flotant herniază prin descindere, cecul acolat prin alunecare, iar cecul cu fosetă prin basculă“.

Din punctul de vedere patogenic nu există sac incomplect, ci sac parţial alipit. In chirurgie, noţiunea trebue conservată: să nu se uite pericolul de a cădea direct pe intestin, la nivelul zonelor de acolare, şi necesitatea de a păstra intacte aderenţele cărnoase (seroase) naturale. Hernia prin descindere a cecului flotant, relevează o cură radicală banală; hernia prin lunecare a cecului acolat ori cu mezo, este justiciabilă de hernio laparotomie cu decolare în masă şi colepexie terminală, hernia prin basculă cere manopere complexe de reducere complectă prin fixare înaltă intra abdominală.

In urmă, Leriche, aminteşte cercetările automice ale lui, Lardennois şi Okinkzyc, care sprijinesc în totul afirmaţiunile sale şi el însuşi confirmă afirmaţiunea lor că, cura radicală a herniilor aderente ale intestinului gros trebue să consiste într'o translaţiune în masă a ansei mobilisată pe peritoneul parietal primitiv constituit. In sfârşit, autorul închie lucrarea sa relatând observaţia unui caz demonstrativ operat în clinlca Prof. Poncet. **G.**

RENÉ LERICHE. — **Diagnostic des plaies, du coeur et valeur du bruit de moulin dans les plaies, pénétrantes de poitrine**, *Lyon chirurgical*. Pornind de la discuţiunea ridicată de raportul lui Delorme în Societatea de chirurgie din Paris, autorul voeşte să arate că diagnosticul plăgilor cordului nu este totd'auna aşa de uşor şi că sgomotului de moară, descris de Morel-Lavallée, îi se dă o însemnătate pe care n'o posedă. Leriche, documentează afirmaţiunea sa dând observaţia unui caz în care bolnavul îşi trăsese un glonte de revolver în al 6-lea spaţiu intercostal stâng, pe linia mamelonară. După 15-16 ore, prezinta semnele unei emoragii interne, cu contractura abdomenului şi emotorax abondent. A diagnosticat o plagă toraco-abdominală. La intervenţie a găsit abdomenul absolut intact. Examinând din nou bolnavul, sub anestesie, constată sgomotul de moulin extrem de pronunţat. Diagnosticează atunci o plagă a cordului, şi face o toracotomie largă. După evacuarea sângelui revărsat în pleură, a găsit pulmonul intact. Incisează pericardul, şi găseşte absolut gol. Glontele rupsese în lung cupola diafragmatică, care sângera şi n'a fost găsit. După operaţie bolnavul a mers bine, sperând vindecarea, 8 zile, iar a 17-a zi sucombă cu o dispnee crescândă, pe care starea pleurei, n'o putea explica. La necropsie se găseşte o pericardită dreaptă cloisonată, desvoltată prin contactul unui focar infecţios, diafragmatic în punctul de oprire al glontelui.

Autorul explică faptele în sensul că, glontele a pierdut o parte din forţa sa graţie coastei a 5-a care 'i a schimbat direcţia; aerul şi sângele din cavitatea pneumo-pericardică a lui Fillaux, a dat naştere sgomotului de moară; ruptura diafragmului a născut o contractură intensă a muşchilor drepţi şi iradiaţiuni dureroase în zona abdominală; glontele a dus, cu el resturi de vesminte şi os, de unde s'a format un mic abces, sub-seros, iar de aci pericardita. Trebue ştiut, zice autorul. că un proectil ast-fel aşezat, nu este totd'auna inocent.

Eroarea diagnosticului a fost legitimată prin sediul plăgei la limita spaţiului lui Traube, imobilitatea diafragmului, contractura muşchilor abdominali care n'a dispărut sub anestesie, atitudinea bolnavului „en chien de fusil", durerile violente ale abdomenului şi lipsa celor toracice. Aceeaşi eroare a fost comisă în cazurile lui Raismith, Marion Morestin. A doua greşeală a fost atrasă de presenţa sgomotului „de moulin" descris de Bricheteau şi vulgarizat de Morel-Lavallé şi care este considerat de toţi caracteristic.

Aducând în sprijinul său cercetările şi opiniunile lui Fillaux, Reynier, Notta, Souligoux, Peyort, Petit şi Rehn. Autorul încheie studiul său, arătând că semnul lui Morel-Lavallée „bruit de moulin" se poate întâlni în revărsările pleurale; că el se aude bine în poziţia de decubit dorsal dar dispare când bolnavul e în poziţia şezândă, cea ce nu se petrece atunci când pericardul e în cauză. Acest găsindu-se atât în leziunile extra-pericardice ca şi în cele intra-pericardice, nu mai este patognomonic acestor din urmă şi ca atare nu poate avea valoare ce'i s'a acordat până acum.

G.

RENÉ LERICHE et GASTON COTTE.—**Traitement chirurgical de la symphise du péricarde et de la médiastino-péricardite**, *Lyon chirurgical*. La 1895, Weill emise cel dintâi ideia unui tratament chirurgical al simfisei pericardice, preconisând deschiderea sistematică a pericardului, înainte de faza de organizaţie fibroasă, ajutând astfel resorbţia exudatelor. In 1898, Delorme reia cestiunea şi propune un procedeu încercat pe cadavru: clivagiul aderenţelor, secţiunea bridelor. El propune o decorticare intrapericardică (cardyolisă intraseroasă) asemănătoare cu decorticarea pulmonară. In casurile de fusiune prea întinsă, el recomandă liberarea legăturilor diafragmatice, de la margimea stângă a sternului până la vârf; dacă este o mediastenită adesivă, e indicat să se rupă toate aderenţele pericardice condrosternale—fapt pentru care, o deschidere de 7—8 c. m. în al 5-a spaţiu intercostat, ajunge. Cestiunea rămâne însă uitată până în 1902 când, Brauer, Petersen şi Simon, von Aeck, König, modifică technica, recomandând conservarea periostului costal profund pentru a nu răni pleura; Blauel confirmă aceasta. De atunci au apărut o mulţime de cercetări asupra cestiunei şi Leriche şi Cotte, ne dau o statistică totală de 19 cazuri.

S'au propus în total 3 feluri de intervenţiuni contra simfisei şi a mediastinitei fibroase:

O pericardotomie profilactică (Weill); o decorticaţiune (cardiolisă) intrapericardică a cordului (Delorme), contra simfisei formate; o toracectomie precardiacă (Brauer)—liberaţiunea pericardului fibros, de legăturile cu planurile vecine şi mai ales, substituirea, prin rezecţie osoasă, a unui perete moale în locul peretelui toracic rigid din zona precardiacă (cardiolisă extra pericardică).

După o serie de date anatomo-patologice privitoare la simfisa consecutivă pericarditei exudative şi la acea consecutivă unor supuraţiuni de vecinătate (pleuresii mediastinita, etc.) stabilind deci două forme anatomo-patologice, autorii descriu 3 tipuri chimice de simfisă pericardică: o formă latentă, ce se decoperă la autopsie; o formă de cardiopatie gravă. cu asistolie precoce şi iremediabilă; o formă periferică, cu simptome ectopice. Alături de simptomele bine cunoscute, Leriche şi Cotte insistă în deosebi asupra sindromului periferic: edemul membrelor inferioare, ficat mare şi dur, splina mare, ascită abondentă, care se reproduce îndată după puncţie, colapsus venos al jugularelor, pulsul paradoxal al lui Küssmaul, oligurie, albuminurie, lărgirea umbrei radiografice.

In privinţa technicei, autorii recomandă: Intervenţia foarte repede şi de aceea toate preparativele să fie gata înainte de anestesie, recomandă anestesia cu eter şi reprobă cloroformul.

Printr'o incisie—ori care—se rezecă coasta 3, 4, 5, pe o întindere de 7—8 c. m. Incisia să fie de aşa manieră, chiar un H, ca la nevoe să poată fi prelungită pentru o rezecţiune mai largă a peretelui toracic, mergând une ori chiar până la stern (Simon). Operaţia să fie cât se poate mai simplă. Rezecţia se face după procedeul obişnuit (Farabeuf) Se repară totul prin reaplicarea lamboului cutanant.

Pe 19 operaţi, n'a fost nici un mort. Pericolul rezidă mai mult în anestesie de cât în operaţie. Rezultatele îndepărtate au fost tot aşa de satisfăcătoare. Cardiolysa a procurat: ameliorarea funcţiunilor cardiace, dispariţiunea semnelor de stasă, ameliorarea stărei subiective a bolnavului.

Autorii încheie interesanta lor lucrare, cu un rezumat al observaţiunilor celor 19 cazuri cunoscute şi o bibliografie cât se poate de complectă. G.

R, FREUND. — **Die Monburgsche Blutleere in der Geburtspilfe.** Metoda de hemostază a lui Momburg în obstetrică. *Medizinsche Klinik* No. 45, 1910. Metoda lui Momburg consistă în aplicarea înceată a unui tub de cauciuc (lung de 1 m. — 1 m. 1/2 şi de grosimea unui deget) în jurul abdomenului între osul iliac şi marginea inferioară a coastelor. Tururile trebuesc făcute unul asupra altuia şi numărul lor variază între 2 şi 4, până ce pulsul a încetat complect la artera femorală.

Aplicarea tubului trebue făcută fără frică, aşa ca să producem realmente o compresiune a aortei capabilă să anemizeze şi consecutiv să producă contracţiunea uterului. Dacă tubul nu este exact aplicat atunci se produce o hiperemie care augmentează hemoragie în loc s'o oprească.

Nesuccese au fost observate mai ales când nu s'a făcut exact aplicarea tubului şi la persoanele obeze sau cu meteorim intestinal.

Tubul trebue scos foarte încet, aşa încât să se evite afluxul de sânge la cord.

Tehnica este simplă şi acţiunea ei se manifestă scurt timp după aplicare. Metoda prezintă şi avantajul de a permite anestezia cu o cantitate de anestezic mai mică şi într'un timp mai scurt teritoriul circulator fiind scăzut (după cum Klapp demonstrase prin cercetări anterioare.)

Metoda se întrebuinţează cu succes în chirurgie ca mijloc profilactic, dar mai ales în obstetrică în emoragiele post-partum fie înainte de expulzarea placentei, fie după expulzarea ei când scurt timp după aplicarea tubului încep contracţiele.

S'a întrebuinţat metoda lui Momburg şi în scop de a procura facerea prematură, însă fără acces, mai târziu s'a constatat că fetul nu suferea din aplicări zilnice, consecutive timp de o jumătate de oră.

S'au menţionat efecte nocive ca diarea, paraparéza membrelor inferioare, retenţie de urină, însă în genere au fost trecătoare.

La persoanele foarte anemiate s'a observat colaps, şi une-ori sincope.

Pentru a se evita compresia intestinelor pe de parte, iar pe de alta pentru a evita colapsul la persoanele anemiate, s'a dispus planul inclinat şi aplicarea benzilor elastice pe extremităţi.

Să nu uităm însă că cele mai adese ori când suntem nevoiţi să aplicăm metoda lui Momburg, starea generală îi aşa de gravă, că nu mai avem vreme de aşteptat.

R. Freund după ce face o revistă critică foarte detailată [illegible] lucrărilor şi clinice şi experimentale ajunge la următoarele concluziuni.

Arsenalul terapeutic pentru hemoragiele profuze post-partum şi mai ales în periodul al III-lea, s'a îmbogăţit prin metoda lui Momburg.

La femeile cu pierderi mari de sânge şi la multiparele care au hemoragii în mod obişnuit, metoda trebue aplicată cât mai curând înainte de a fi epuizat tot în arsenalul terapeutic (masajul uterului, pungă cu ghiaţă, spălături fierbinţi vaginale şi intra uterine, tamponarea uterului, exgotina, etc.)

După experienţele făcute până acuma metoda nu este suverană în majoritatea cazurilor; însă are o acţiune rapide. Tehnica e uşoară şi nepericuloasă numai persoanele mai în vârstră şi profund anemiate, precum şi la cardiace şi renale se impun precauţiuni. In caz de anemie profundă pentru a se înlătura tulburările cardiace, trebue puse benzi elastice pe extremităţi, înainte de aplicarea tubului.

Imediat ce colapsul ameninţă, tubul din jurul taliei trebue scos.

DR. TRANCU-RAINER

OSCAR JAEGER (**Kiel verniche zurtterabretzung des Wehenshinerjes bei der Geburt.** (Cercetări asupra scăderei durerei în facere). *Zentrakolopblatt f. Gynäkologie*. No. 46.1910. Cum întrebuinţarea scopolaminei-morfinei în primul rând, s'a arătat uneori periculoase. Autorul a căutat să întrebuinţeze pantopon (un preparat al opiului pe care Sahli l'a găsit ca având o acţiune energică şi nevătămătoare şi ca putând fi întrebuinţat pe cale subcutanată).

S'a întrebuinţat în 60 de cazuri pantopon mai ales în perioada de dilatare şi anume pe cale subcutantă 1 cmc., din soluţia 2%.

După intensitatea durerilor se face $^1/_2$ cmc. Dacă n'a produs efectul dorit după câte-va ore se mai injectează o doză.

La $^1/_4$ sau $^1/_2$ oră după injecţie durerile se mai uşurează durerea abdominale nu e scăzută de asemeni nici facerea nu e influenţată.

Acţiunea pantoponului a fost ineficace în 6 cazuri, în care a trebuit să se facă 2 şi 3 injecţiuni de pantopon, dar aceste doze de 2 cmc. de pantopon n'au fost indiferente de oare-ce copiii s'au născut asfixiaţi.

Atunci autorul s'a gândit să întărească acţiunea pantoponului prin scopolamină injectând 1 cmc. de pantopon cu 0,0002 0,0003 scopolamină hidrobromică. In 30 de cazuri acţiunea a fost bună numai în 2 cazuri a trebuit să se mai repete injecţii.

Nu se poate pronunţa încă asupra rezultatelor, numărul experienţelor fiind insuficient.

DR. TRANCU RAINER

LEJARS (Paris). **Abces pelvi-peritonitique anté-uterins.** (Comunicaţiune făcută la societatea de chirurgie din Paris la 29 Iunie şi la 6 Iulie 1910 în *Journal de Chirurgie* No. 4, 1910. Lejars a făcut un raport asupra unei observaţiuni de abces pelvi-peritonitic median vesico-uterin comunicat societăţei de Guilaune Louis.

Observaţiunea lui G. L. se referea la o femee de 28 ani, fără antecedente morbide, care având dureri mari în abdomen, vărsături, balonare, etc. este tratată ca o apendicită. Fenomenele dispar după o lună şi jumătate. După 2 luni însă, survin dureri din nou şi atunci văzută de Guilaume Louis se constată o tumoare mediană, supra-pubiană, până la ombilic. Prin tactul vaginal nu se simte nimic în fundurile de saci dar împing tumoarea de sus în jos se simte în fundul de sac vaginal anterior.

La operaţiune se găseşte o tumoare însemnată, în fundul de sac anterior, făcând corp cu vezica şi uterul, aderentă de S iliac la stânga. Prin puncţiune se scoate 1 l. $^1/_2$ de puroiu nefetid. Anexele libere şi normale.

TUFFIER (Paris). **La vaccinothérapie dans la pyclonéphrite aigue de la grossese.** (Comunicare făcută la soc. de Chir. din Paris la 29 Iulie 1910). Se ştie că în afecţiunile microbiane monobaccilare, constituirea unui vaccin cu ajutorul microbului luat de la însăşi bolnavul, este o metodă terapeutică care a intrat în practică.

T. a căutat s'o aplice la o femee primipară de 24 de ani, care prezinta la a 6-a lună a sarcinei o pielonefrită colibacilară (după cum s'a constatat în urina culiasă direct din vezică, şi la care tratamentul medical n'a dat nici un rezultat. A inspectat în trei rânduri o emulsiune sterilă de colibacili luaţi dintr'o cultură în apă de 24 de ori. Rezultatul a fost foarte bun: temperatura şi pulsul au scăzut, aşa în cât după 3 săptămâni a părăsit serviciul complect vindecată. Facerea s'a făcut în condiţiuni foarte bune.

DR. TRANCU RAINER

TH. TUFFIER (Paris). **Greffe ovarienne et menstruation.** *Communication faite à la Soc. de Chirurgie de Paris le 13 Juillet 1910.* T. a prezintat o femee de 26 de ani, căreia-i făcuse ablaţiunea anexelor pentru dublă ovaro-salpingita păstrând uterul. A grefat ovarele la faţa profundă tesaturei celulare subcutanate a abdomenului Cinci luni în urmă menstruaţia s'a restabilit.

Amândouă ovarele care se pot palpa sunt sediul unei congestiuni la epoca menstruală.

DR. TRANCU RAINER

BORDAS, LORTAT-JACOB et G. SĂBĂREANU. — **Action du froid sur la toxicité du sérum sanguin et des extraits organiques.** (*J. de Physiologie et de Path. Générale*, 15 Ianuar, 1910). Era interesant de cunoscut efectul congelaţiunei prelungite, asupra toxicitaţiei alimentelor.

Autorii supunând şi menţinând dela 3 până la 8 zile ser şi extracte de glandă thyroïdă la o temp. de 80°, au constatat ca aceste substanţe readuse la temperatura ordinară, nu sunt mai toxice ca serul şi extractul de glandă thyroidă care n'au fost supuse la o asemenea temperatură. Diferenţa dacă ar exista ar fi în favoarea lichidelor prealabil congelate şi decongelate în mai multe rânduri. Totuşi serul care a suferit o temperatură de 80°, injectat în curentul sanguin, l'a arătat mai hemolitic decât serul normal. Rezultă deci din punct de vedere al hygienei alimentare, că temperaturele joase constituesc un excelent mijloc de conservare a cărnei.

LALU.

HENRI LAUGIER. — **Influence de la concentration saline sur l'excitabilité musculaire et nerveuse.** (*J. de Physiologie et de Path. Generale*, 15 Ian. 1910, No. 1). Experienţe minuţioase (numeroase grafice) din care rezultă că soluţiunele hypertonice de soluţie Ringer sau de Na Cl măresc viteza de reacţie (timpul e diminuat) şi fac să crească sediul de electrizare a muschiului sau a nervului.

BORDAS, LORTAT-JACOB et G. SABAREANU. — **Toxicité des extraits secs, organiques. Leur préparation par le ride à l'aide du froid.** (*J. de Physiologie et de Path. Generale*, 15 Ianuar, 1910, No. 1). Distilaţiunea prin vid (aparatul lui d'Arsonval-Bordas) la temperaturi joase, permite să se obţine uşor extracte uscate de organe.

Din experienţele autorilor rezulta că extractul uscat de serum sanguin şi de glanda thyroidă au o toxicitate inferioară serului sanguin proaspăt sau a extractului thyroidian liquid.

Extractul thyroïdian liquid menţinut 15 zile la aer, s'a arătat mai toxic decât extractul thyroïdian proaspăt. Reesă din această lucrare că extractele uscate de organe pot fi întrebuinţate fără prejudiţiu în locul celor liquide, având avantajul în plus de a permite o dozare mai precisă.

LALU.

A. MOUVOISIN. — **La composition du lait des vaches tuberculeuses, considérations sur la physiologie pathologique de la tuberculose mammaire.** (*J. de Physiologie et de Path. Générale*, 15 Ianuar 1910, No. 1). Analise bine făcute în diferite fase a tuberculozei mamare. Valoarea nutritivă a laptelui descreşte pe măsură ce leziunele sunt mai înaintate. Compoziţia unui lapte tuberculos tinde în definitiv a se apropia de compoziţia serului sanguin. Autorul consideră hypoaciditatea manifestă ca un semn aproape sigur de tuberculoză, chiar dacă în lapte nue s'ar găsi baccili. Simplele mamite de natură staphylococică sau sterptococică, determinând o hyperaciditate a laptelui.

LALU.

G. PIQUAUT et LUCIEN DREYFUS. — **Recherches sur quelques anésthésiques locaux.** (*J. de Physilogie et de Path. Générale*, 15 Ianuar 1910, No. 1). Din numeroase experienţe făcute pe animale şi din numeroasele constatări clinice făcute în serviciul de chirurgie a Prof. Reclus rezultă după aceşti autori că: Cocaina;

cel mai puternic anestezic local (fără a irita țesuturile), dar are însă inconvenientul de a fi toxic. Soluția de 1 gr. la 200 apă întrebuințate de Reclus permite operațiuni de o durată de 40 până la 50 de minute și nu prezintă inconveniente la om în doze de 10 maximum 16 cm.^{3}. Eucocaina B nu prezinta nici un avantaj asupra cocainei, ci e tot atât de toxică.

Alipirea irită țesuturile și e toxică.

Stovaina în soluțiuni 1 gr. la 200 apă physiologică e puțin dureroasă, produce o anestesie aproape tot atât de intensă ca coçaina și are în plus avantajul de a fi două ori mai puțin toxică. Novococaina e relativ foarte puțin toxică, de două ori mai puțin toxică ca stovaina, nu irita țesuturile, dar durata anesterică e mai scurtă. Adoagându-ise puțină adrenalină se obține cu ea anestezii perfecte și durabile (aprox. o oră). Reclus întrebuințează formula următoare:

Serum physiologic	100 gr.
Novococaină	0 gr. 50 centigr.
Adrenalină $1^0/_{00}$	L goute.

Fiecare cm.^{3} conține 1 centigr. de Novococaină și o picătură de Adrenalină $1^0/_{00}$. S'a injectat 60 cm.^{3} și 76 cm.^{3} din acest amestec fără a observa accidente toxice. E de preferat însă să se injecteze mai puțin. Acest amestec nu se conserva și trebuește preparat cu puțin timp înainte de a fi întrebuințat. LALU.

A. IMBERT et S. BONNAMOUR. — **De l'action du chlorure de calcium et de divers chlorures sur l'élimination urinaire.** (*J. de Physiologie et de Path. Générale*, 15 Ian. 1910, No. 1). Chlorura de calciu în doze de 0,50 centigr. la 2 gr. pe zi, ar micșora la unii brightici cantitatea de albumină din urină. Cu aceași medicație autorii constată o mărire a diurezci totale și o sporire însemnată a chlorurelor eliminate. Doze mici de Nacl (serul lui Trunecek) produc acelaș rezultat. Deși autorii nu ne dau decât o singură analyză, faptul pare destul de demonstrativ pentru a permite încercări cu această substanță în unele albuminurii.

Medicină experimentală

R. KRAUS und FR. MÜLLER. — **Zur Frage der Blutplaten methode, Aglutinabilität und Eiftbildung frischer cholera vibrionen** (*Wiener Klimsche Wachenschrift* No. 44, 3 Noembrie 1910, p. 1552). Cercetările au fost făcute asupra vibrionilor izolați în recentele cazuri sporadice și epidemii limitate din Viena, Spandau, Presburg etc., Ungaria etc. pentru identificarea a căror vibrioni s'a întrebuințat seria complectă de reacțiuni. Autorii conchid că în cazurile sporadice mai ales *puterea hemolizantă a vibrionilor complectează și are cuvîntul decîsiv alături cu cele l'alte reacțiuni în identificarea unui vibrion.*

In ce privește aglutinabilitatea vibrionilor s'ar întâmpla un fapt cu totul opus aglutinărei în febra tifoidă și anume: *un vibrion cu cât este mai nou cu atâta este mai aglutinabil, aglutinare* care diminuă cu trecerea vibrionului prin corpul omenesc. Nu să mai discută (după autori) că trecerea în vitro (pasagii în laborator) face ca vibrionii să-şi piardă aproape cu totul capacitatea de a fi aglutinaţi şi după un timp destul de scurt (N. R.).

Acelaş lucru cu toxina cholerică, care este mult mai forte pentru rasele tinere de cât pentru cele mai vechi.

M. CIUCĂ.

MICHELI und CATTORETI. — **Ueber die Meistogmiu-reaktion.** (*Wiener Kliuisch Wachenschrift*, No. 44, 1910, 3 Noembrie p. 1555). Cercetările făcute pe 50 cazuri în majoritate tumori maligne dau autorilor un procent pozitiv de 90. Ca technică a fost întrebuinţată cea obicinuită. Stalagmometru lui Traubes; antigenul întrebuinţat provenea din 2 cazuri de cancer al măduvei; diluţiunile de antigen variau între $^1/_{500}$—1150, serul bolnavilor $^2/_{20}$; după amestec (a. 9 c. c. din diluţia de ser $^1/_{20}$ + c. c. apă fiziologică; 6 9 c. c. din diluţia de ser $^1/_{20}$ + c. c. din diluţia de antigen; 9 c. c. din diluţia de ser $^1/_{20}$ + c. c. filoxică; 9 c. c. din diluţia de ser $^1/_{20}$ + c. c. antigen, 2 ore la 37°. Pentru fiecare bolnav să făcea un martor cu un ser normal, cu un ser neoplasic titrat şi cunoscut prealabil. Rezultatele au fost cu totul asemănătoare cu ale lui Ascoli şi Tjar, etc., cu rezultate satisfăcătoare a fost întrebuinţată această reacţiune în febra tifoidă, în sifilis, tuberculoză, etc. Nu este clasificat încă mecanismul acestei reacţiuni, faptul pare însă a nu fi departe de prezenţa lipoizilor, mai ales că reacţiunea este mai netă când antigenele sunt recoltate printre extracţele de organe aşa de bogate în lipoizi.

M. CIUCĂ.

HIDEYO NOGUCHI. — **Serum diagnosis of syphilis aud the butyric acid test for syphilis.** (*Bulletin de l. Institut Pasteur* No. 18, Septembre 1910). Seroreacţia în sifilis a luat astăzi o aşa de mare importanţă, că nu e medic care să nu fie obligat să recurgă la ea într'un mod direct sau indirect. Chiar în acest din urmă caz, are nevoe să cunoască, dacă nu formula exactă, cel puţin gradul de încredere pe care trebue să'l acorde rezultatelor obţinute prin diferitele procedee în uz.

Acestei nevoi răspunde cartea lui Noguchi; este folositoare atât omului de laborator cât şi începătorului puţin familiarizat cu technica hemolizinelor, pentru a înţelege, a aprecia şi a practica el însuşi sarodiagnosticul sifilisului.

Procedeul personal al autorului este natural, descris în mod foarte amănunţit.

Cel din urmă capital este consacrat studiului unui reactiv chimic (acid butiric) care, după numeroasele experienţe ale lui Noguchi, ar înlesni diagnosticul afecţiunilor parasifilitice ale sistemului nervos central.

M. M.

EDOUARD CHATTON. — **Le kyste de gilruth dans la muqueuse stomacale des ovidés.** (*Bulletin de l. Inst. Posteur* No. 18 Septemvrie 1910). In cursul unor cercetări asupra unei boale a oilor din Tasmania pe care a numit'o *malignaut transudation.* Gilruth a întâlnit în secţiunile mucoasei stomacului, un parazit care nu are nici un raport cu boala citată, şi nu pare patogen. Gilruth se întreabă dacă acest parazit nu e un stadiu (Achizogonie ?) în ciclul încă enigmatic al Sarcosporiddiilor, care există în Australia la toate oile şi la toate bovideele.

Chatton la rândul său, a căutat existenţa chistului lui Gilruth la oile din abatoarele pariziene, şi l'a observat în majoritatea cazurilor. L'a întâlnit şi la capre.

Dă o descripţie amănunţită a parazitului. Experienţele întreprinse, de la publicarea acestui memoriu cu sarcosporidia şoarecelui, fac pe autor să înlăture ideia unei legături evolutive între *Gastrocystis gilruthi* şi Sorcosporidii.

M. M.

NATTAN-LARRIER.—**L'auto-agglutination des hématics dans la spirillose experimentale.** (*B. de l. Inst. Posteur* No. 18 1910). Studiind infecţia şoarecilor injectaţi, în moduri diferite, prin *spirochoete obermeieri,* autorul a observat existenţa unei auto-aglutinaţii a hematiilor. Fenomenul a început să fie înaintea apariţiei paraziţilor, şi în acelaş timp cu ea, mai rar după aceia. Este o relaţie sigură între intensitatea aglutinaţiei şi aceia a infecţiei spirilare. Aglutinaţia se poate menţine chiar când survine criza, sau se atenuiază încet sau dispare brusc.

Tratamentul cu arsenofenilglicina a făcut să dispară atât parazitii cât şi aglutinaţia.

Sânge de făt de la o mamă cu auto-uglutinaţie netă, nu prezintă acest fenomen.

M. M.

G. M. ROGER et G. L. SIMON. — **Action pathogène des Bacilles tuberculeux sterilisés et des produits tuberculo-caséeux.** *Archives de médecine experimentale et d'Anatomie pathologique.* Sep. 1910. Este cunoscut faptul că într'o formaţiune tuberculoasă baccili cu timpu se desagregează, sunt distruşi; aceasta s'ar datori diferiţilor fermenţi anticorpi ce ar exista în însuşi acel proces tuberculos. Autorii bazaţi pe această observaţiune au căutat să vadă dacă e posibil o imunizare cu producte tuberculoase. Cum aceste formaţiuni o au şi anticorpi şi cum pe de altă parte ar putea să urmeze o infecţie din cauza baccililor vii pentru aceste motive au început o serie de epuri cu culturi sterilizate şi productele tuberculoase ale acestor epuri la alte serii de epuri.

Injecţiile cu culturile sterilizate le-au făcut subcutan, intraperitoneal, intrapleural şi în vena portă. Introducerea de baccili în peritoneu (part. 1) şi (cent. cub produce moartea timpuriu. In plevia injectul e mai binişor saportată.

In vena porta se obţin diferite rezultate după cantităţile de baccili injectaţi. In cantitate mică nu se observă nimic. ($^{1}/_{2}$-$^{1}/_{4}$ acitic). In cantităţile de 1 cnt. c. leziuni în ficat; în cantităţi de 2 cnt. cubi se observă tuberculi şi în plevră. Injecţiunele cel mai bine suportate sunt cele subcutane.

Din opt epuri injectaţi în cantitate de 9—10 cent. cubi baccil (1 cent. cub inject la 9 zile interval) 4 au trăit mai mult de 6 luni, din ceilalţi unul 5 luni, altul 4 luni, altul 2 luni şi cel din urmă 27 zile.

In urma injecţiilor se produceau tumori cât o nucă. formaţiuni, caseoase. Aceste tumori estirpate, animalele slăbeau, unele chiar muriau.

Leziune histopatologice ale acestor tumori erau următoarele: macroscopic: puriform la mijloc, ţesut scleros la periferie; microscopic: incentru celule cu degenerescenţă granulo grăsoasă, urme de nuclei cu o coloraţie albastru pal (colorat cu albastru). In jurul acestui centru caseos exista o masă formată din 3 porţiuni: interna celule mari cu nucleul mare, vacuolar, coloraţia slabă, protoplasmă granuloasă, presarată cu resturi de nuclei; acestea sunt adevăraţi macrofagi, ar rezulta după autori din celulele fixe ale ţesutului conjunctiv, mijlociu din celule epiteloide, iar printre ele celule gigante, rari limfocite —, toate aceste neavând o dtspoziţie particulară — a treia zonă e fibroasă. In organele abdominale acești bacili sterilizaţi, produc fie congestie şi citoliză, fie formaţiuni, compuse din celule limfoide, celule gigante şi epiteloide fără însă a avea dispoziţia foliculului tuberculos. Aceste mase caseoase injectate în peritoneul epurilor noi produc — nişte formatum scleroase, nu se observă absolut nimic specific. Această proprietate sclerogenă poate fi atribuită fie bacililor alteraţi, fie substanţelor din tumoară produse în organismul animalului care a fost inoculat. Fiindcă autorii au făcut experienţele cu cantităţi mari de bacilii, ei promit o serie de experienţe, unde vor injecta caniităţi mici.

STÜHMER (Magdeburg). — **Inactivarea complementului prin agitare.** *(Zbl. f. Jnn. med.*, No. 2 1910). Complementul pierde complect proprietăţile sale dacă este agitat timp de 2 ore la 38°. Din contră amboceptorul hemolytic, agitat energic între 37°—39°, până la 7 ore consecutive, nu pierde niciodată proprietăţile sale.

Chiar când complementul este legat, după agitare se inactivează.

DANIELOPOLU

G. SARA. — **Cercetări hematologice în blenoragie.** *Gazz. Ospedal.*, 1908, No. 104. In timpul uretritei blenoragice acute se observă o leucocytoză manifestă, cu predominenţă polynucleoză, însoţiţi de un grad oarecare de anemie.

In uretrită cronică numărul leucocytelor nu este schimbat.

DANIELOPOLU

ALBERT DOAN. — **R. de fixaţie în boala lui Hodkin.** (München M. W. 19—920). Istoria a 4 cazuri de boala lui Hodkin cu reacţiunea Wassermann pozitivă,

De oarece această reacţiune a mai fost găsită pozitivă în alte afecţiuni, scarlatină, framboesia tropică, lepră, tripanosomiază, tifos recurent etc., autorul neagă specificitatea absolută a acestei reacţiuni în sifilis. **DANIELOPOLU**

M. NEU.—**Beitrag zur Biologie des Blutes in der Gestatione periode des Weibles.** (Contribuţiune la biologia sângelui în perioada de gestaţiune a femeii). *Medizinische Rlin*, No. 46, 1010. Autorul a căutat să vadă cum se comportă substanţa secalată, de porţiunea medulară a glandelor suprarenale în organismul viu timpul gestaţiunei, substanţă pe care împreună cu alţii a denumit'o *adrenină*, spre deosebire de denumirea comercială de suprarenină, adrenalină.

S'a servit de metode biologice, ca acţiunea midriatică a adreninei la ochiul de broască (Ehrmann, etc) sau acţiunea asupra arterei supra-vieţuitoare la boi, sau uterul la cobai.

Din cercetările făcute s'a convins că în graviditate este o stare de *adreninemie*, stare care mai permită şi în lăuze şi care dispare spre sfârşitul ei.

Cantitatea cea mai însemnată de adrenină se găseşte în hematomul retroplacentar şi în sângele cordonului ombilical. Cantitatea de adrenină găsită la o femee însărcinată e de 120—150 m. g. faţă de 12,5 m. g. la o femee în stare normală. In altă serie de cercetări autorul arată că contracţiunele uterului pot fi deşteptate şi augmentate prin injecţiunele de suprarenină şi atunci se întreabă dacă nu cum-va începutul facerii e datorit stării de adreninemie din graviditate.

Importanţa clinică a adreninemiei reese şi din observaţia următoare: la o femee însărcinată în luna a 7-a care prezinta un chloasmos uterin foarte accentuat şi cu zahăr în urină, şi la care găsise îndată după însemnata cantitate de adrenină în sânge, îndată după cezariană făcută pentru basin strâmt, zahărul a dispărut din urină fără nici un regim anti diabetic.

Această observaţiune se poate pune în legătură cu o constatare anterioară şi anume că este o legătură între secreţiunea glandelor suprarenale şi centrul regulator al arderilor substanţei carbonate. DR. TRANCU-RAINER.

A. FOGES und R. HOFSTÄTTER (Wien). — **Über Pituitrimvirkung bei Post-partum Blutungen.** *Zentrolblatt f. Gynökologie* No. 46, 1910. Autori în cercetările lor s'au bizuit pe o constatare făcută de V. Trankl-Hochwast şi Fröhlich că pituitina (extract din porţiunea infiundibilară a hypofizei) produce la cobai o contracţiune a muşculaturei uterine şi că face uterul mult mai sensibil la excitaţiuni exterioare.

Autorii s'au servit în hemoragiele port-partum de pituitină dată pe cale bucală şi anume 25 ctg. pituitină în 50 c. m.c. apă mărind doza până la 30 c. m. c. din soluţia originală, fără să fi observat nici un inconvenient. A tratat în acel timp hemoragia port-partum prin pungă cu ghiaţă şi ergotina şi-a observat că punga cu ghiaţă acţiuna mult mai energic de cât ergotina şi pituitina. Atunci a încercat întrebuinţarea pituitinei pe caile intravenoasă şi intra musculară şi anume 1—2 c. m. c. în 20 c. m. c. de soluţie fizicologică de sare.

Remediul a fost întrebuinţat în hemoragie post-partum (unde în alte cazuri s'ar fi dat ergotine) la 63 de femei, dintre care 42 cu hemoragii grave, 8 cu hemoragii mai slabe post-partum şi 13 cu hemoragii post-abortive în toate aceste cazuri cam după 5 minute de la injecţie intramusculară, căci intravenos a întrebuinţat'o numai în 2 cazuri, uterul începea să se centracte *puternic* şi *durabil* după mic fricţiuni.

De unde se poate vedea că pituitina are ¡mai mult o acţiune sensibilizantă asupra uterului, acţiune care a fost verificată de autori şi de 6 cezariane extra-peritonale. Comparând rezultatele lor cu acele obţinute de Neu cu adrenaline întâi conchid că acţiunile lor sunt analoage, însă pituitina are un efect mai slab, pe de altă parte însă adrenalina, augmentează presiunea sanguină.

Din cele expuse de Foges şi Hofställer se poate conchide că pituitina pe cale bucală n'are nici un efect pe când pe cale intramusculară şi intravenoasă sensibilizează intens la excitaţiuni cât de mici. DR. TRANCU-RAINER

Pediatrie

BAHRDT u. EDELSTEIN. — **Das Kalkangebot in der Frauenmilch. (Cantitatea de calciu de care dispune laptele de femee).** *Iahrb. f. Kinderh.* Iulie 1910 (Ergönzungshft). Conclusii:

1. Laptele de femee conţine în medie 0,042 Ca O. Această proporţie e mamăre ca cea admisă de unii autori (0.30) cari încunună lipsa de calciu din laptele de femee în patogenia rachitismului.
2. Diferenţele individuale sunt foarte însemnate (0.03 până la 0.08).
3. Diferenţele zilnice şi hebdomadare sunt mai însemnate decât admite Hunaeus. Variaţiuni de 0.01 şi 0.02 sunt frecuente. Astfel că pentru a trage conclusii în chestiunea rachitismului trebueşte o observaţie foarte lungă.

4. Conform cu cercetările lui Hunæus, autorii au găsit o scădere fisiologică a grupaţiunei de calciu pe măsură ce perioada de alăptare este mai înaintată. Această scădere nu pare însă a fi absolut constantă.

5. Prin adăogarea de calciu la alimentaţia doicei nu s'a putut obţine în nici un caz o augmentare a proporţiunei de calciu din lapte.

6. Intr'un caz de anemie la doică şi la copil, proporţia de calciu a laptelui s'a găsit neschimbată.

7. Soluţia chestiunei, dacă lipsa primitivă de calciu are ceva a face cu rachitismul, nu este resolvită câtuşi de puţin prin cercetările de faţă. Numai numeroase şi prelungire analize ale laptelui şi ale schimburilor la sugaciu o vor putea tranşa.

GRIGORE JALOBSON

LANGSTEIN u. EDELSTEIN. — **Über die Einheitlichkeit des Frauenmilch Koseums (Unicitatea Cazeinei de femee).** *Iahr b.f. Kinderh.* Iulie 1910(Ergänzungs.). Studiu chimic: cazeina extrasă din laptele de femee este un product totdeauna identic, ori-care ar fi procedeul de preparaţie. Această caseină conţine o cantitate mult mai mică de Ph, decât caseina din lapte de vacă. Astfel că e lucru demonstrat că cazeinele de vacă şi de femee sunt de corpuri deosebite, cu toate că deosebirea poate fi numai quantitativă (cantităţi mai mici din grupul fosforic).

Cazeina de femee în stare pură nu conţine în composiţia sa nici un grup de hydraţi de carbon (lipsa reacţiunei lui Molisch), fapt care o deosibeşte de ea în mod evident de cazeina de vacă.

GRIGORE JACOBSON

BAHRDT u. BEIFELD. — **Über die Wirkung der Nahrungs Komponenten der Frauenmilch auf die Darmflora des Säuglings. (Acţiunea componenţilor alimentari ai laptelui de femee asupra stărei intestinale a sugaciului).** *Iahrb. f. Kindesh.* Iulie 1910, (Ergänghft). Predominenţa florei gram positive sau a florei gram-negative în scaune, depinde de predominenţa fenomenelor de fermentaţie sau a celor de putrefacţie: cele d'ântâiu se observă în scaunele copiilor normali la sân, pe când la copiii hrăniţi cu lapte de vacă, procesele de putrefacţie domină. Flora clasică a scaunelor a copiilor la sân nu depinde de proprietăţi biologice ale laptelui de femee ci de componenţii alimentari ai acestui lapte. Flora gram positivă (bifidus şi acidofil) este determinată, la copiii alimentaţi cu lapte de femee, de *zărul* acestui lapte, şi dintre elementele zărului, de zahărul de lapte. Din contră, elementele caşului au o influenţă antagonistă: cazeina are o acţiune puţin accentuată dar evidentă. E posibil că conţinutul de calciu al laptelui de vacă şi al caşului să aibă o acţiune antagonistă mai puternică (legând acizii).

Acţiunea zahărului asupra florei bifide nu poate fi decât indirectă. Zahărul de lapte favorizează fermentaţia produsă de bacilii coli şi lactic în intestinul subţire: dar prin faptul desvoltărei acestor specii, mediul intestinal se acidifică treptat, astfel că la sfârşitul intestinului subţire viaţa lor nu mai e posibilă şi câmpul rămâne liber pentru speciile acidofile ca bifidul şi acidofilul lui Moro.

Prin urmare prezenţa bifidului atestează că conţinutul intestinal a căpătat la sfârşitul intestinului subţire un anume grad de aciditate care se poate produce numai cu un procent relativ ridicat de zahăr (poate şi un procent mic de calciu) alimentaţiunei.

GRIGORE JACOBSON

ZAPPERT. — **Die Epidemie der Poliomyelitis acuto epidemica (Heine-Medinsche Kranhheit) in Wien u. Niedeer-Osterreich in Jahre 1908.** *Iarb. f. Kindesh.* Iulie 1910 (Erganzft). Foarte lung articol (66 pagini) asupra epidemiei de Poliomyelită acută epidemică după observaţiunile culese de diferiţi medici în Viena şi în Austria de jos în 1908 (290 cazuri). Epidemia a lovit cu predilecţie în sexul bărbătesc şi mai cu seamă în primii ani ai copilăriei. S'au observat cazuri şi în populaţia bogată. Cliniceşte s'au putut deosebi următoarele forme:

1. O formă spinală, cu mult mai frecuentă (paralisie infantilă clasică) şi terminată relativ des prin moarte cu simptomele paralisiei respiratorie (paralisia lui Landry).

2. O formă cerebrală presentânduse uneori cu simptome bulboprotuberanţiale (paralisia nervilor craniani) mai rar cu simptome corticale (hemiplegie cerebrală).

3. O formă abortivă fără simptome predominante din partea sistemului nervos central cu fenomene, fie meningitice, fie febrile, fie gastro-intestinale.

Se poate observa uneori un scurt stadiu prodromic, adeseaori un stadiu febril iniţial care precedă paralisia, adeseaori o invadare treptată a paralisiei, şi paralisia poate dura săptămâni.

Febră, dureri, turburări vesicale se observă adeseori.

Mortalitatea a fost de 10.8%. Epidemia nu s'a întins în mod uniform. Se observau focare manifeste, alternând cu regiuni indemne.

In repetate rânduri s'a observat epidemii de casă sau contagiune familiară. Dar nu s'a putut aduce probe evidente de întindere prin contagiune. Nu e imposibil ca epidemia să fie datorită numai exaltărei virulenţei agentului patogen în unele localităţi în cari boala există în stare endemică. GRIGORE JACOBSON

SIEGFRIED ROSENFELD. — **Weitere Beiträge zur statistik der Sänglingssterblichkeit. (Consideraţiuni asupra statisticei mortalităţei sugacilor).**

BORRINO. — **Die Kindersterblchkeit in Italien. (Mortalitatea infantilă în Italia).** *Iahrb. f. Kind.* Iulie 1910. (Erganzhft).

KAUPE. — **Der Blutdruck im Kindesalter. (Presiunea sanguină în copilărie).** *Monatschr. f. Kindat orig.* IX. 5, 6.

E. MÜLLÈR. — **Die Blut-und Hämoglobinmenge u. die Sauerstoffkopozität des Blutes bei gesund u. bei blassanssehenden Kindern. (Cantitatea de sânge şi de hemoglobină şi capacitatea de fixaţie a oxigenului din sânge la copiii sănătoşi şi la cei palizi).** *Iahrb. f. Kinderh.* Iul. 1910. Erganzft. Studiu original, bibliografie şi metodele personale.

1. La copiii dela 6—16 ani cantitatea de sânge e mai mare ca la adulţi.

2. Greutatea specifică a sângelui e scăzută la copil.

3. Cantitataa de hemoglobină % este asemenea scăzută la copil. Faţă însă de greutatea corporală ea este mai mare (0.80% din greutate) ca la adult (0.70%).

4. Capacitatea % de fixaţie a oxigenului este mai mică la copil (15.6%) ca la adult (19.8%), mai mare însă dacă se face raportul la greutatea corporală.

5. Paliditatea obicinuită a unor copii nu se explică prin diferinţe în cantitatea de sânge, în procentul de hemoglobină şi în capacitatea de fixaţie a oxigenului.

6. Există o compensaţie între cantitatea de sânge; procentul de hemoglobină şi capacitatea de fixaţie a oxigenului în sensul că cantitatea de O adusă ţesuturilor să fie aceiaşi.

7. Aceste procese de compensaţii par a fi fisiologice şi n'au nici un raport cu paliditatea obicinuită a unor copii.

8. Dintre copiii palizi consideraţi ca anemici, la un număr foarte mic este într'adevăr vorbă de anemie. Paliditatea pielei şi a mucoaselor nu permite prin urmare de a diagnostica o anemie.

9. E posibil ca paliditatea să fie în raport cu o lipsă de transparenţă a epidermului, cu fenomene angiospastice şi alte alteraţiuni locale.

GRIGORE JACOBSON

HEIM u. JOHN. — **Ein Beitrag zur Theorie des Salzfiebers. (Contribuţie la Theoria febrei de sare).** *Monatschr. f. Kindeh. orig.* IX. 5, 6. Febra de sare se poate considera ca o retenţiune de căldură în urma insuficienţei trecătoare de evaporaţie la suprafaţa pielei. Această lipsă de evaporaţie a fost demonstrată prin cercetările lui Schloss, şi influenţa ingestiunei concomitente de apă, studiată de autori, este o nouă conformaţiune a acestei teorii. Febra de sare este o reacţie de căldură provocată de acţiunea hidropigenă a sodiuiui. Când organismul n'are la dispoziţie cantităţi suficiente de apă exogenă, şi când acest organism este astfel obligat de a *reţine* propria sa apă de oxidaţie, de unde rezultă o scădere a respiraţiunei cutanate. Astfel că sodiul are asupra organismului numai o influenţă hidropigenă iar acţiunea piretogenă pare a fi secundară, adică indirectă.

GRIGORE JACOBSON

BIRK. — **Beiträge zur Physiologie des neugeboren Kindes. Über den Nahrungsbedarf frühgeborener Kinder. (Contribuţie la Fisiologia copilului nou născut. Cantităţile alimentare necesare prematurilor).** *Monatschr. f. Kinderh. orig.* IX. 5—6. Dintr'o lungă serie de cercetări personale autorul trage concluzia că părerea clasică, anume că prematurii au nevoe de o mai mare cantitate de calorii ca cei normali, este greşită. Părerea clasică a fost stabilită pe baza cantităţilor de lapte ce le suge un sugaciu prematur. Această metodă este defectuoasă: ea arată cantităţile maxime ce un sugaciu le poate suge, ci nu cantităţile mijlocii. Acestea se pot aprecia numai dacă studiem o mamă care dispune de cantităţi de lapte foarte mici, sau mai bine dacă alimentăm un prematur cu lapte de femee, administrat cu biberonul. Proporţiunile de lapte admise de autori duc aproape la sigur la supraalimentaţie. Cantităţile de calorii necesare unui sugaciu prematur sunt de 100 până la 110, cu condiţia, bine înţeles, că alimentaţia să se facă cu un aliment convenabil. Din alimente, cel care convine mai bine este, bine înţeles, laptele de femeie. Imediat după laptele de femee vine babeurul. Laptele de vacă chiar în diluţiile clasice convine mult mai puţin. In cazurile rare în care un prematur poate fi alimentat fără accident cu lapte de vacă, aceasta nu se poate face decât socotind la kilogram un număr mult mai mare de calorii (110—140).

Prin urmare numărul de calorii necesare prematurilor depinde în primul rând de felul de alimentaţie; e posibil ca noul născut să aibă o insuficienţă relativă a utilizărei grăsimelor, din care cauză ar suporta mai bine babeurul a cărui putere calorifică residă în hydraţii de carbon.

GRIGORE JACOBSON

LANGSTEIN. — **Die Rolle der Kohlehydrate bei der Ernährung des sauglings. (Rolul hydraţilor de carbon în alimentarea sugaciului).** *Monatschr. f. Kinderh.* IX. 5—6. Raport la Societatea medicilor germani la Königsberg. E vorba de o foarte interesantă revistă generală, care, bine înţeles, nu se poate rezuma.

GRIGORE JACOBSON

Anatomie

RENÉ LERICHE. — **A propos de l'estomac biloculaire congenital.** *Lyon chirurgical.* In această lucrare autorul caută să dărâme opiniunea atât de răspândită asupra congenitalităţei stomacului bilocular, arătând cât de eronată este credinţa că bilocularitatea stomacului ar fi o regresiune anatomică, o reamintire a tipului animal cu stomac multilocular. După ce reaminteşte frumoasa lucrare a lui Veyrassat, Leriche, arată că însăşi independenţa teritoriilor vasculare, adusă ca dovada cea mai puternică în sprijinul biloculare congenitale, nu are aproape nici o valoare. Alături de cazurile lui Bacher, Stocker, R. Willianns, Carrington, în care stomacul bilocular prezenta în adevăr o independenţă între circulaţia arterelor coronară şi pilorică sau gastro-epiploice, Leriche aduce cazurile studiate împreună cu Willemin, în care a găsit că arterele se distribuiau izolate la teritoriile vecine, afectând macroscopiceşte aparenţa unei circulaţiuni terminale, fără să existe însă nici cea mai mică urmă de bilocularitate. Asemenea deformaţiuni, conchide el, sunt datorite unor ulceraţiuni care s'au cicatrisat, etc. căci pe un număr de peste 100 fetuşi examinaţi de Ancel şi Cavaillon de Willemin şi Leriche n'au găsit nici cea mai mică tendinţă spre biloculare. G.

G. STĂNCULEANU et D. MIHAIL. — **L'anatomie pathologique de l'ophtalmo-réaction.** *(J. de Physiologie et de Path. Generale,* 15 Ianuar, 1910, No. 1). Studiu anatomo-pathologic al conjonctivei, în urma unei instilaţiuni de 1 la sută tuberculină, la 4 bolnavi de pleuresie sero-fibrinoasă fără febră. Biopsiele au fost făcute la 7, 20, 32 şi 56 de ore după instilaţiunea de tuberculină. S'a făcut în mod concomitent şi examenul cytologic al secreţiunei conjunctivale. Patru planşe foarte bine făcute însoţesc această interesantă lucrare.

Ophtalmo-reacţiunea constă în o exagerare specifică a secreţiunei epitheliului conjunctival şi al stratului superficial al dermei. Această secţiune e caracterizată prin un dublu flux: de polinucleare şi de limphocyte.

Fluxul de polinucleare e mai precoce şi durează mai mult: epitheliul conjonctival e înfiltrat de polinucleare, unele sunt digerate de liquidul secretat (acţiune specifică) altele cad în fundul de sac conjonctival inferior şi formează un conglomerat.

Fluxul limphocitar e mai tardiv (32 de ore după instilaţie) şi durează mai puţin. Sub influenţa tuberculinei mononuclearele mari, din dermă, iau un aspect secretoriu şi exercită în ele o acţiune specifică faţă de limphocyte pe care le atrag.

Rolul Mastzelenurilor nu e încă bine hotărât, dat însă că au o constituţie vecină de a polinuclearelor şi mai ales dat fiind că curba lor de evoluţie se suprapune cu acea a polynuclearelor, autorii nu insistă a le considera şi pe ele, ca un element specific de diferenţiare anatomo-pathologică al acestei reacţiuni.

LALU.

Terapeutica medicală

NOBÉCOURT et LEON TIXIER. — **Sur un cas d'hémophilie familiale et congénitale traité par des injections sous cutanés de peptone de Witte.** (*Soc. médic. des Hôpitax de Paris 21 Oct. 1910.* Este cazul unui copil de nouă ani cu manifestaţii hemofilace multiple, din chiar primele luni după naştere, la care toate tratamentele încercate, clorur de calciu, ser proaspăt (Weil) etc. nu dăduseră nici un rezultat. In ce priveşte examenul sângelui, singura anomalie foarte apreciabilă este întârzierea şi încetineala notabilă a coagulărei numărul hematiilor şi formula leucocitară fiind foarte aproape de normală. Tratamentul prin injecţii sub-cutanate de peptonă Witte 5% le-a dat autorilor rezultate din cele mai favorabile. Injecţiile determinau reacţiuni genenerale destul de însemnate, febră mare fior, dureri de cap, greaţă — dar trecătoare, — durere locală foarte violentă şi eritem câte odată. In sfârşit acest tratament are ucţiune evidentă şi asupra altor stări hemoragice, de cât cele care ţin la o hemofilie familiară. Rezultatul obţinut prin acest tratament pare la prima vedere paradoxal, când e în deobşte cunoscut că peptona se întrebuinţează de mult în laboratoare pentru a împedeca coagularea sângelui. Labé atrăgând atenţia asupra acestui fapt spune că tratamentul hemofilic ne rezervă încă multe surprize, fenomenul coagulărei sângelui fiind încă puţin cunoscut şi mecanismul acţiunei serului aşa de complex. Citează cazuri de hemofili în care tratamentul cu ser după metoda lui Weill a vindecat hemoragiile şi nici măcar n'a ameliorat coogulabilitatea sângelui; altele cu rezultate exact inverse. In sfârşit foarte adesea serul n'are nici o acţiune asupra hemoragiilor la persoane fără hemofilie.

A. THEOHARI et G. N. GIUREA. — **Action des Diurétiques sur le Rein normal.** (*Journal de Physiologie et de pathologie générale.* Inainte de a începe experienţele, autori fac o scurtă privire asupra lui Schlayer, Hedinger şi Takayasu, lucrări, în cari arată acţiunea diferitelor substanţe chimice asupra secreţiunei renale modificată în urma căpătărei nefritelor provocată de injecţiuni de diferiţi corpi chimici: chromat de potasiu, sublimat, arsenic, cantharidina şi toxina difterică.

Cu sublimat şi chromat autorii citaţi au produs nefritele tubulare (integritatea glomerului, alteraţiuni ale tubilor conturnaţi) sub influenţa cafeinei şi clorurului de sodiu se producea vasodilaţie şi bogată diureză; după mai multe zile diureza diminua şi vasodilataţia nu se mai producea.

Cu arsenic, cantharidina şi toxina difterică au obţinut leziuni glomerulare vasodilataţiuni, supresiunea diurezei.

Cu nitrat de uraniu au produs o nefrită tubulară istologiceşte; însă cu injecţiuni de clorur de sodiu nici o secreţiune urinară, lipsa de secreţie se explică prin impermibialitatea glomerulară.

Autorii au făcut experienţele pe epuri.

După aceasta privire autorii încep experienţele din care reesă următoarele fapte: Zaharurile şi soluţiunile saline hypertonice injectate intravenos sunt duretice şi pentru câne, şi pentru epure; au injectat lactoză şi sulfat de sodiu 20%. Theobromină, theocină, diureţina cafeină produc diureză la epure, nu produc la câne.

Tensiunea arterială e invariabilă în urma injecţiunilor cu lactoză, ridicată în cele cu sulfat de sodiu şi cafeină, scoborâtă în injecţiunele cu theocină.

Examenul histologic arată următoarele rezultate:

Endoteliul capsulei lui Bowman este mărit, îngroşat, nucleii rotunzi, voluminoşi, clari. Tubii contorţi au lumenul mare, celulele turtite, protoplasma puţin vacuolară, îi dă aspectul reticulat; marginea *en brosse* a celulelor se păstrează, *capilarele dilatate în ţesut-interstiţial.* **N. L.**

A. THEOHARI et C. N. GIUREA. — **Étude sur l'action des Diurétiques dans les nephrites expérimentales.** (*Journal de Physiologie et de pathologie générale*, juillet 1910. Au experimentat pe câni şi epuri substanţa injectată a fost în special nitratul şi acetatul de uraniu; inject. câte 0,01 cgr. intravenos la epure şi mai multe zile consecutiv la câne câte 0,05 ctgr. Au mai injectat sublimat, cantaridină. Rezultatul experienţelor lor este următorul: *în nefritele intense ale epurelui şi cânelui produse de sublimat şi uraniu. Substanţele diuretice n'au nici o acţiune.* Rinichiul se măreşte ca şi la starea normală; presiunea arteriolă de asemenea se observă hiperemia glomerulelor îngroşarea endotelului şi o necroză întinsă ca a tubelor contorţi.

In primele zile (2-6) care urmează o injecţiune de uranin în cantitate mică, lactoza nu are nici o influenţă asupra secreţiunei renale, sulfatul de sodiu mult mai diuretic, cafeina de asemenea produce la câne diureză, fapt ce nu se observă la cânele normal.

In toate aceste cazuri, rinichiul se măreşte, presiunea arterială se ridică, ur mări observate şi la rinichiul normal după injecţiune.

Theocina cauzează puţină secreţiune urinară, tensiunea arterială e scoborâtă; asemenea şi diuretina.

Ca leziuni histopatologice se observă: îngroşări ale endotelului glomerular sau chiar nici o leziune în glomerul. In tubi nuclei uniform coloraţi, alte-ori degenerescenţă granuloasă.

In nefritele cu o durată de la 7—20 zile lactoza, sulfatul de sodiu nu au mărit de loc diureza, contrar însă cafeina.

Aci se observa în glomerulii, tumefacţia nucleilor, proliferarea lor. Celulele tubilor sunt joase, omogene, nucleii laţi, marginea *en brosse* dispărută.

Dacă în acest timp se da animalului carne, el moare cu fenomene uremice.

Injecţiunele de cantaridină $^1/_2$ cnt. pe kgram de animal produc moarte în 24 ore.

In cantitate mai mică se observă puţină albuminurie, cilindri, leucocite etc.

Lactoza şi diuretina nu au nici o influenţă asupra secreţiunei, sulfatul de sodiu are o influenţă mare.

Glomerulu prezinta îngroşări ale endotelului şi alteraţiuni celulare, până la necroză în tubii conturnaţi, este deci o nefrită mixtă.

Din toate experienţele reese că poliuria nu-i în legătură cu tensiunea arterială; se poate să fie normală tensiunea, mai mare sau mai mică, şi totuşi să fie poliurie.

Autorii în ceeace priveşte aplicaţia experienţelor la clinica urinară spun: *prudenţa în întrebuinţarea zaharinelor: une-ori se pot întrebuinţa injecţiuni subcutanate de sulfat de sodiu. In nefritele cu hipotensiune cafeină, iar în cele cu hipertensiune theocina.*

N. L.

Fiziologia experimentală

J. ERLANGER. — **Dacă uniunea funcţională între auricul şi ventricul poate fi restabilită după destrucţiunea unui segment a fasciei atrio-ventriculară.** *(The amen. J. of Physiol.* Juiliet 1909*).* Dacă se distruge fascia lui His, uniunea funcţională între atriu şi ventricul nu se poate restabili. Această fascie fiind compusă din fibre musculare şi nervoase şi cum acestea din urmă se pot regenera, acest fapt vine în sprijinul teoriei miogene. Stimulul nu pate să fie deci transmis prin fibrele nervoase, ci prin fibrele musculare.

DAHIELOPOLU

G. BACHMANN. — **Disociaţie atrio-ventriculară completă fără fenomene nervoase.** *(The amen. Journ. of the med. Sc.* Martie 1909*).* Lucrare foarte bine făcută, cu numeroase pagine demonstrative. Cea mai mare parte din faptele expuse sunt deja cunoscute. Autorul consideră observaţiunea ca rară prin lipsa de accese sincopale şi epileptiforme în cursul unei disociaţiuni complete.

Numărul pulsaţiilor pe minut 30—36.

Pulsaţiunile jugulare bine vizibil, aproximativ 3 pentru o pulsaţiuna ventriculară

Sub influenţa strofantinei (15 picături pe zi), după 9 zile, numărul ondulaţiilor s'a micşorat, iar subinfluenţa atropinei s'a mărit, fără ca aceste substanţe să influenţezo cât de puţin ventriculul.

Sunt rău observaţiunile de puls lent permanent fără accese sincopale sau epileptiforme. In general lipsa acestor fenomene este regula în bradicardia tranzitorie. Ca observaţie de felul celei expuse de autor prin încă acelea ale lui Gibron (disociaţie incompletă), James (disociaţie completă) şi câteva observaţiuni din teza lui Esmein.

DANIELOPOLU

BYRON BRAMWELL. — **Heart-block cu transformaţiune fibroasă şi destrucţie parţială a fasciei lui His.** *(The But. Med. Journ.* 24 April 1909*).* La finele unui rhumatism articular acut, a apărut într'un caz un puls lent (36—30 contr. ventriculare pentru 80—90 avriculare). Vii dureri precordiale, moartă după 4 zile. La necropsie :

Simfiză pericardică ; un nodul de calcar care distruge fascia lui His.

DANIELOPOLU

E. MIESOVICZ. — **Ipertrofia experimentală a inimei.** *(Wiener Klin. Woch.* No. 3. 1909*).* Din cercetările lui Josué rezultă că adrenalina provoacă la animale atât arteriocleroză cât şi ipertrofia inimei.

Aceasta din urmă este datorită arteriocleroz̆ei sau este rezultatul acţiunei directe a adrenalinei asupra miocardului ?

Iată concluziunea la care a ajuns autorul :

1, ipertrofia cardiacă nu este rezultatul arteriocleroz̆ei, de oarece una poate exista fără cealaltă şi de oarece gradul uneia nu influenţează gradul celeialte leziuni ;

2. ipertrofia cardiacă nu este de asemenea rezultată din ipertensiunea provocată de adrenalină, aceasta fiind pasageră şi condiţiunea indispensabilă pentru ca ipertrofia să se producă fiind o ipertensiune permanentă ;

3. ipertrofia cardiacă este datorită acţiunei directe a adrenelinei asupra miocardului.

Această acţiune a adrenalinei asupra fibrei miocardice este însă mai puţin pasageră decât ipertensiunea adrenelinică? Autorul nu răspande la această chestiune.

DANIELOPOLU

A. BELSKI. — **Automatismul atrioventricular în cursul boalelor infecţioase.** *(Z. f. Klin. Med.* 1909, p. 515—523). Cercetări foarte interesante asupra ritmului aşa zis nodal în boalele infecţioase şi mai ales în reumatism, febră tifoidă şi scarlatină. Este pentru prima dată când se descrie acest ritm în afară de boala de inimă cu asistolie sau tachicardie.

Găsim toate caracterile ritmului nodal, datorite faptului că stimulul în loc să plece din avriculul drept, ca în starea normală pleacă de pe traiectul fasciei lui His.

Accesele de automatism sunt variabile, durând câteva momente, ori sau zile.

Autorul crede că automatismul atrioventricular este datorit unei excitaţiuni a pneumogastricului. De altminteri se poate reproduce experimental, la animale prin excitaţia vagului, la om prin proba lui Czermek (compresiunea pneumogasticului la gât).

DANIELOPOLU

Varia

Opotérapie, par le Dr. Paul Carnot, professeur agrégé à la Fnculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8 de 600 p., avec 90 figures. Cartonné: 12 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le nouveau volume de la *Bibliothèque de Thérapeutique* Gilbert-Carnot est consacré à l'étude des médicamants d'origine animale: l'Opothérapie a pris une place fondamentale en thérapeutique depuis les recherches des physiologistes sur les sécrétions internes, les hormones, les anticorps, et depuis les recherches des cliniciens sur les différents syndromes glandulaires. Elle utilise des produits fabriqués par l'organisme vivant et supplée aux insuffisances glandulaires en fournissant artificiellement au malade les substances qu'il ne fabrique plus: il y a là tout un monde de corps et d'anticorps que l'on commence seulement à connaître et qui, vraisemblablement, feront la base de la thérapeutique de demain.

Dans ce nouveau volume, l'auteur a toujours pris soin de juxtaposer les données anatomo-physiologiques, relatives à telle ou telle sécrétion glandulaire, aux données cliniques et thérapeutiques relatives à leur emploi opothérapique.

Dans une première partie, il envisage d'abord l'*opotherapie en général;* il étudie la nature des médicaments opothérapiques, les sécrétions internes, les hormones, les kinases, les anticorps cytolytiques et anticytolytiques, les substances anaphylactiques; la toxicité des produits opothérapiques, etc., puis les indications et contre-indications générales des médicaments opothérapiques, et enfin les différents modes de préparation, les formes pharmaceutiques et les équivalences de ces produits.

Daus une deuxième partie, il étudie les *ophothérapies spéciales:* l'*opothérapie hématique* comprend la méthode de la transfusion du sang, les préparations d'hé-

moglobine, de fibrose, d'extraits leucocytaires ; les sérums normaux ou réactionnels ; l'*opothérapie médullaire*, etc.

L'*opothérapie digestives* dérive des notions anatomo-physiologiques sur le suc gastrique, la pepsine, le lab, sur le suc intestinal, écresine, la kinase, la sécrétine, sur les sucs pancréatiques, sur la bile, sur les ferments du foie, etc. Le mode de préparation de ces produits (sucs gastriques naturels et artificiels, pepsine, présure, pegnine, kinase), est étudié en détail : enfin les indications et contre-indications thérapeutiques sont minutieusement réglées dans les différents syndromes gastro-intestinaux, pancréatiques, hépatiques.

De même, sont successivement passées en revue les fonctions rénales, les préparations dérivées du rien et les indications de l'*opothérapie rénale*. L'*opothérapie génitale* comprend l'étude du suc testiculaire, du suc interstiel, du suc prostatique, des extraits ovariens, des extraits de corps jaune, des extraits placentaires mammaires, ainsi que leurs multiples applications thérapeutiques.

L'*opothérapie thyro-parathyroïdienne* est étudiée dans ses multiples applicatious myxoedème, crétinisme, infantilisme, rhumatisme chronique, sclérodermie, dermatoses, migraines, incontinence nocturne d'urine, asthme, etc.

De même, l'*opothérapie hypophysaire*, l'*opothérapie surrénale* avec la préparation des adrénalines extractives et des suprarénines synthétiques, avec ses multiples applications dans les hémorragies, les hypotensions, les adynamies graves, l'ostéomalacie, etc. ; *l'opothérapie musculaire* avec la technique de la zomothérapie etc.

On voit quels immenses progrès a réalisés l'organothérapie depuis quelques années et toutes les ressources thérapeutiques qu'elle offre au clinicien.

Şedinţa de deschidere a Cercului de Studii Genito-Urinare

In seara de Vineri 23 Oct. 1910, a avut loc în sala de operaţii a d-lui Dr. Herescu, de la spitalul Colţea, deschiderea cercului de studii genito-urinare.

Şedinţa se deşchide sub preşedenţia d-lui Dr. Herescu, asistat fiind de d-l Dr. M. Cialâc şi în prezenţa a numeroşi doctori şi studenţi.

Cel d'inttâi vorbeşte d-l Dr. Herescu, cari spune că se simte foarte fericit, când priveşte în urma primului an de urologie, cari a fost atât de bogat în comunicări şi prezentări de bolnavi, cari mai de cari mai interesante şi cari au avut de efect constituirea definitivă a acestui cerc.

Trecutul acestui an spune D-sa, poate fi considerat ca o chezăşie pentru viitor. Deşi modest, cum de altfel e caracteristica ori cărui început, fie la noi, fie în străinătate, totuşi înseamnă foarte mult pentru noi el fiind datorit unei mâini de oameni, care fiind dotată de tenacitate şi răbdare, în un moment de entuziasm din cel mai nobil a făcut să nască, acest cerc cari s'a manifestat şi a răuşit să se impună din ce în ce mai mult.

Arată apoi în câte-va cuvinte importanţa comunicărilor făcute şi cari de altfel au fost publicate ca dări de seamă de către D-rul Cealâc în revista medicală „Spitalul", pentru care muncă şi străduinţă profită de această ocazie spre a-i aduce cele mai vii mulţumiri, iar parte dintr'ânsele şi în revista „Archives des maladies genito-urinaires" cari apare la Paris, de către D-sa.

Pentru ca aceste dări de seamă să fie cât mai complecte şi mai aproape de adevăr, D-sa roagă pe d-nii membri cari fac comunicările de a înainta odată cu comunicarea şi o notă. In acest mod s'ar uşura şi sarcina secretarului şi ar fi şi toată lumea mulţumită.

Termină mulţumind membrilor a căror activitate a fost atât de bogată, spunând în acelaşi timp ca deviza după cari să se conducă să fie *„vorbe puţine şi fapte multe.“*

Dr. M. Cealâc, în calitate de secretar, face darea de seamă a anului trecut, arătând că societatea a avut 31 membri activi, cari au făcut 44 de comunicări; iar ca parte materială societatea a avut un fond de 152,50 bani din cari s'au cheltuit 152,10 bani.

Termină aducând şi D-sa mulţumiri d-nilor membri pentru activitatea depusă şi revistei „Spitalul“ pentru buna-voinţă ce a avut de a publicat dările de seamă a şedinţelor cercului.

Se procede apoi la constituirea noului comitet, realegându-se cel de anul trecut cari se compune din d-nii Dr. P. Herescu, Nicolau, Moscu, Demetriad şi Cealâc.

Se alege apoi comisia de verificarea gestiunei pe anul trecut, şi cari se compune din d-nii D-ri Iacobovici, Maior, Butoianu şi Strominger.

Dr. P. Herescu după ce mulţumeşte d-nilor membri, propune pentru o mai sigură şi mai bună organizare a cercului, mărirea cotizaţiei de la 5 la 10 lei anual.

Propune de asemenea fixarea zilei de Vineri pentru ţinerea şedinţelor cercului. Ambele propuneri se aprobă. Ne mai fiind nimic la ordinea zilei, şedinţa se ridică la orele 11.

DRAGOMIRESCU.